FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

602 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M. SINEUX Pierre

Né le 10 Août 1931

à SALERS (Cantal)

Présentée et soutenue publiquement le.....

"Contribution à l'étude clinique et thérapeutique du delirium tremens confirmé dans un service de médecine générale"

Président : M. DELAY, Professeur

1962

IMPRIMERIE PLATON, 5, RUE PLATON, PARIS XV^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M. SINEUX Pierre

Né le 10 Août 1931

à SALERS (Cantal)

Présentée et soutenue publiquement le.....

"Contribution à l'étude clinique et thérapeutique du delirium tremens confirmé dans un service de médecine générale"

Président : M. DELAY, Professeur

1962

IMPRIMERIE PLATON, 5, RUE PLATON, PARIS XV^e

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1.2.1962

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinet (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.),

DOYEN.....Léon Binet
Membre de l'Institut

1er Assesseur ..... (Jean Verne
2ème Assesseur ..... (Gaston Cordier

I - PROFFESSEURS

1°) Chaires de Sciences fondamentales

a)Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie pathologique	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Biochimie Médicale	(Jayle (M.F.) (Schapira (G.)
Biologie appliquée à l'éducations physique et aux sports	Chailley-Bert (P.)
Biologie Médicale	Fauvert (R.)
Cancérologie médicale et sociale	Bernard (J.)
Embryologie	Giroud (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	...N...
Histologie	Verne (J.)
Hygiène et médecine préventive	Joannon (P.)
Médecine du travail	Desoile(H.)
Médecine légale	Piedelièvre (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Galliard (H.)
Pathologie chirurgicale	Hugu[illegible]ier(J.)
Pathologie exotique	Lavier (G.)
Pathologie expérimentale comparée	Merklen (F.P.)
Pathologie médicale	Milliez (P.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathologie et thérapeutiques générales	Boudin (G.)
Pharmacologie	Cheymol (J.)
Physiologie	(Binet (L.) (Bargeton (D.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	Debray (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	Gennes (L. de)
Clinique médico-social du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
Clinique neurologique (Salpétrière)	Garcin(R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque)	Lacomme (M.)
Cliniques obstétricales (Foch(Suresnes))	Merger (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique(Port-Royal)	Varangot (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique(Lariboisière)	Aubry (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St Vincent-de-Paul)	Lelong (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (enfants-malades)	Marie (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	Bernard (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile(Salpétrière)	Michaux (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale(Cochin)	Coste (F .)
Clinique stomatologique (Pitié)	Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale(Vaugirard)	Roux (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
Clinique toxicologique	Gaultier (M.)
Clinique traumatologique	Padovani (P.)
Séméiologie médicale	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Clinique urologique (Necker)	Couvelaire (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	Turpin (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(Bour (H.) (Lhermitte (F.) (Pequignot (H.)

.../

II-PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES- AGREGES.

Anatomie
MM. Cabrol(G.)
Couinaud (C.)
Gillot (C.)
Olivier (G.)

Anatomie pathologique
MM. GAUTHIER-Villars(MlleP.) pr.s.ch.
Abelanet (R.)
Busser (F.)
Chomette(G.)
Gouygou (Ch.)m?conf.
Nezeloff (Ch.)
Orcel (L.)
Paillas (J.)

Anesthésiologie
MM. Kern (E.)
Vourc'h (G.)

Bactériologie
MM. Barbier (P.)
Christol (D.)
Le Minor (L.)
Tournier (P.)

Biochimie Médicale
MM. BAULIEU Et.M.conf.
Bourillon (R.)
Cartier (P.)
Dreyfus (J.Cl.)
Gonnard (P.)
Kruh (J.)
Jerome(H.)

Biol.appl.à L'éduc.aux Sports
MM. Plas (F.)

Carcinologie
MM. Boiron (M.)
Denoix (P.)
Mathé (G.)
Seligmann (M.)

Dermato-Syphiligraphie
MM. Civatte (J.)
Duperrat (B.)

Electro-Radiologie
MM. Ledoux-Lebard (G.)

Hematologie
MM. Bessis (M.)
Bilski-Pasquier(G.)
Dausset (J.)
Duhamel (G.)

Histologie
MM. Coujard (R.)pr.s.ch.
Marois (M.)
Racadot (J.)

Hydrologie
MM. BESANCON (F.)
Cornet (A.)

Hygiène
MM. Boyer (J.)pr.s.ch.
Blancher (G.)
Corre-Hurst(Mme L.)
Sapin-Jaloustre (H.)

Maladies infectieuses
MM. Bastin (R.)
Dupont (V.)

Médecine légale
MM. DEROBERT(L.)pr.s.ch.
Fournier (E.)
Gueniot (M.)
Hadengue (A.)

Médecine du travail
MM. Albahary (C.)

Neuro-chirurgie
MM. Pertuiset (B.)

Obstétrique
MM. Granjon (A.)
Hervet (E.)
Le Lorier (G.)
Levy (J.)
Morin (P.)
Musset (R.)
Robey (M.)
Seneze(J.)
Sureau(C.)
Thoyer-Rozat(J.)

Ophtalmologie
MM. Brégeat (P.)
Dubois (A.)
Saraux (H.)

Orthopédie

MM. Judet (R.)
Meary (R.)
Postel (M.)
Ramadier (J.)

Oto-rhino-Laryngologie
MM. Debain (J.)
Pialoux (P.)

Parasitologie
MM. Golvan (Y.)
Lapierre (J.)

Pathologie chirurgicale

MM. Barcat (J.)
Binet (J.P.)
Cauchoix (J.)
Cerbonnet (G.)
Chatelin (C.L.)
Dubost (Ch.)
Dubost (Cl.)
Faurel (J.)
Flabeau (F.)
Garbay (M.)
Garnier (H.)
Gaudart-d'Allaines (Cl. de)
Germain (A.)
Lataste (J.)
Leveque (B.)
Loygue (J.)
Mercadier (M.)
Natali (J.)
Pellerin (D.)
Perrotin (J.)
Robert (H.)
Thomeret (G.)

Pathologie exotique
MM. Schneider (J.)

Pathologie expérimentale
MM. Benhamou (J.P.)
Berthaux (P.)
Boivin (P.)
Crosnier (J.)

Pathologie expérimentale (suite)

MM. Hartmann (L.)
Loeper (J.)
Maurice (J.)
Mikol (Cl.)
Richet (G.)

Pathologie médicale
MM. AUSSANNAIRE (M.)
Bouvier (J.)
Bouvrain (Y.)
Bricaire (H.)
Brissaud (H.)
Brocard (H.)
Bugé (A.)
Catinat (J.)
Chrétien (J.)
Coblentz (B.)
Contamin (F.)
Coury (C.)
Etienne (J.P.)
Frezal (J.)
Fritel (D.)
Hennequet (A.)
Himbert (J.)
Housset (E.)
Laroche (Cl.)
Lesobre (R.)
Macrez (C.)
Moreau (L.)
Nick (J.)
Royer (P.)
Tourneur (R.)
Wolfromm (R.)

Pédiatrie-Puériculture
MM. Joseph (R.)
Lafourcade (J.)
Lepercq (G.)
Mande (R.)
Mozziconacci (P.)
Polonovski (C.)
Rossier (A.)
Vialatte (J.)

Pharmacologie
MM. Boissier (J.)
Lechat (P.)

.../

Physiologie
MM. Barres (G.)
Dejours (P.)
Durand (J.)
Girard (m.conf)
Hugelin (A.)
Scherrer (J.)

Physique médicale
MM. Chanteur (J.)
Gougerot(L.)m.conf. pr.s.ch.
Gremy (F.)m.conf.
Milhaud (G.)
Pellerin(P.)
Roucayrol(J.Cl.)
Tubiana (M.)m.conf.

Pneumo phtisiologie
MM. Kreis (B.)
Meyer(A.)
Renault(P.)

Psychiatrie
MM. Pichot(P.)

Psychiatrie infantile
MM. DENIKER(P.)
Duche (D.)
Flavigny (H.)
Lapresle (J.)

Rhumatologie
MM. Delbarre (F.)

Stomatologie
MM. Cernea (P.)
Chaput(Mme A.)m.c. agr.
Grellet (M.)

Thérapeutique
MM. Chassagne(P.
Lamotte(M.)
Marche(J.)

Urologie
MM. Auvert (J.)
Moulonguet (A.)
Quenu (L.)

III-PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Anatomie
M. DEBEYRE (J.)

Clinique chirurgicale
MM. Aboulker (P.)
Ameline(A.)pr.s.ch.
VERNE (J.M.)

Clinique médicale
MM. Perrault (M.)
Rambert (P.)
Thieffry (S.)

Clinique obstétricale
MM. Grasset (J.)
Mayer (M.)

Clinique ophtalmologique
MM. Desvignes (P.)
Offret (G.)

Clinique oto-rhino-laryngologique
M. Maduro(R.)

Clinique pédiatrique et puériculture
M. Laplane (R.)

Clinique psychiatrique
M. Baruk (H.)

clinique urologique
M. Kuss (R.)

.../

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES .-

Bactériologie	Hauduroy (P.)Pr.s.c
Pathologie chirurgicale	Rudler(J.)Pr.s.ch.
Secrétaire général de la Faculté.....	M. Lena (J.)
Secrétaire principal.....	MlleCHAINTREUIL(G
Conservateur en Chef de la Bibliothèque (	
Conservateur du Musée d'Histoire de la (	M. le Docteur Hahn(A
Médecine ..... (	
Conservateur	Mlle Dumaitre (P.)
Bibliothécaires	Mmes Contet (J.)
	Forget(F.)
	Mlles Laurent(H.)
	Le Noir (G.)
	Quiévreux (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1.798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A MES PARENTS

A MES BEAUX PARENTS

A MA FEMME, A MES ENFANTS

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur André JACQUEMART

Directeur Scientifique des Laboratoires Albert ROLLAND

qui nous a donné d'excellents conseils et nous a documenté pour ce travail.

Avec nos vifs remerciements.

A Monsieur le Docteur Pierre GOUERE

Directeur Scientifique Adjoint des Laboratoires Albert ROLLAND

qui nous a guidé au cours de la réalisation de ce travail et à qui nous adressons notre sympathie.

A MES MAITRES de la Faculté de Médecine de Paris

A MES MAITRES des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur LE SUEUR

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin Chef du Centre Hospitalier de Versailles

qui nous a accueilli avec bonté et nous a permis la réalisation de ce travail.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre attachement.

A mes Maîtres du Centre Hospitalier de Versailles

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur DELAY

Professeur de clinique
des maladies mentales
et de l'encéphale

Médecin-Chef de l'Hôpital Sainte-Anne

Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il nous permette de lui témoigner notre plus vive reconnaissance

A mes JUGES.-

INTRODUCTION

Dans la lutte du médecin contre le fléau des temps modernes trop de facteurs interviennent pour effacer dans l'esprit des alcooliques la leçon salutaire que devrait être pour eux l'altération temporaire de leur raison. La plupart d'ailleurs refusent de reconnaitre l'évidence. Tel malade "a toujours eu la figure rouge" et "tous ses amis ont, eux aussi, des visages rouges".

Ils ne boivent jamais d'alcool, ils ne prennent que du vin qui ne peut être que bienfaisant pour la santé (breuvage recommandé par Pasteur, le soleil sur notre table, etc...). Tout autant que les préjugés répandus dans toutes les classes de la société (tel apéritif doux, est "recommandé pour les enfants "), l'accoutumance est la cause de telles prises de position. Pour beaucoup, la journée de travail ne peut commencer que par "un coup de rouge". Le repas de midi ne peut se terminer que surun "champoreau" (café coupé de vin) ; la pratique qui consiste à couper la soupe de vin ne se rencontre que dans certaines provinces, mais pas à la ville. Un travailleur de force boit normalement ses trois litres par jour, tout nouveau venu est rapidement entraîné. (D'ailleurs à part la bière, il n'y a pas d'autre boisson à portée des travailleurs).

Les alcooliques qui font des accidents aigus, comme le delirium tremens, ne gardent qu'un souvenir très fugace de leur accès. Une fois guéris, mis en présence d'un malade faisant un delirium tremens, ils reculent avec dégout et ne se rappellent absolument pas avoir été dans un état semblable.

"Le docteur leur raconte des histoires", "ils ont été mis dans un salle d'ivrognes, c'est une insulte envers eux-mêmes", "la prochaine fois qu'ils seront malades ils iront dans un autre service", "Il est honteux de traiter un homme comme cela".

L'alcoolisme neuro-psychique est donc un problème médico-social. Cependant, ici nous ne nous intéresserons qu'au côté médical du problème et en particulier au délire alcoolique aigu ou Delirium tremens.

Le delirium tremens est une des complications les plus graves de l'alcoolisme chronique. Depuis 1945, avec la fin des périodes de restriction, toutes les statistiques font état d'une inquiétante et continuelle progression.

...

Nous nous proposons d'étudier d'abord la clinique, les hypothèses pathogéniques et l'histoire thérapeutique du delirium tremens. Puis nous présenterons nos essais de traitement et les conclusions que nous avons jugé pouvoir tirer. Ce travail a pu être accompli au Centre Hospitalier de Versailles dans un service de médecine générale, grâce à la bienveillance et à l'obligeance de Monsieur le Docteur LE SUEUR, médecin-chef de médecine générale au Centre Hospitalier de Versailles.

DEFINITION

Considéré à juste titre comme la plus spectaculaire et la plus grave des manifestations de l'alcoolisme chronique, le delirium tremens a suscité de longue date l'intérêt des cliniciens.

Dès l'antiquité, HIPPOCRATE, RUFUS d'EPESE, ARETEC se sont penchés sur le délire alcoolique aigu. Cependant il faut attendre le début du 19ème siècle pour trouver la première description clinique du delirium tremens avec SUTTON en 1813 qui fut son "inventeur". L'étiologie éthylique fut affirmée plus tard par le Français ROYER, puis par le Suédois Magnus HUSS. Viennent ensuite les travaux de DUPUYTREN (le delirium tremens chez les traumatisés et les opérés) et de LASEGUE (le délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve) en 1884.

MAGNAN complète la description clinique dans son magistral traité "de l'alcoolisme".

Enfin LUTON, de Reims, proposant la strychnisation intensive en 1873 ouvre la voie à une thérapeutique plus efficace. Pour le début du 20ème siècle, citons les noms de REGIS, KLIPPEL et A. DELMAS.

Plus récemment, MARCHAND et collaborateurs se penchèrent sur le délire alcoolique aigu. Une étude des "Avitaminoses alcooliques" fut faite par Justin BESANCON et KLOTZ LECOQ, WEIGEST et JISLIN décrirent "le syndrome de sevrage brusque".

Ainsi se fit jour, la notion d'un équilibre biologique de l'alcoolique précaire, qu'un rien pouvait détruire - LABORIT, COIRAULT et Collaborateurs mirent l'accent sur l'hyperkalicystie avec son retentissement au rhéotome électronique dans l'accident aigu de l'alcoolisme chronique.

Cependant, malgré ces nombreux travaux "le delirium tremens n'a pu encore faire sa preuve anatomique par les méthodes actuelles" (J. DELAY).

DEFINITION CLINIQUE

Le delirium tremens est une complication aiguë de l'alcoolisme chronique. Cependant, faute de critères biologiques spécifiques, la définition doit en rester purement clinique (G.BOUDIN et A. LAURAS).

Il s'agit d'un délire aigu confuso-onirique, avec agitation, qui apparait brusquement chez un alcoolique chronique et qui évolue d'une manière paroxystique en quelques jours, dans un tableau général grave comportant 4 signes caractéristiques :

- la fièvre, des sueurs profuses, une déshydratation massive, un tremblement intense très spécial.

C'est en général un sujet de 40 à 55 ans, de sexe masculin, alcoolique chronique bien connu de son entourage, essentiellement buveur de vin rouge. Dans la majorité des cas, l'intoxication remonte à une dizaine d'années. La quantité ingérée dépasse en règle deux litres par jour....

LES CAUSES DECLENCHENTES

Les causes déclenchantes qui nous paraissent les plus fréquentes sont médicales, en particulier pulmonaires ; simples grippes souvent, affections bronchiques, rechutes de tuberculose pulmonaire.

Viennent ensuite les causes chirurgicales : interventions même bénignes, fractures, traumatismes.

En troisième lieu, citons le sevrage brusque, (delirium à "pote suspenso"). Quant à l'excès supplémentaire de boisson (delirium tremens à "pote nimio"), sa fréquence nous a paru plus rare.

LES PRODROMES

Ils sont inconstants, souvent fugaces, généralement reconstitués après coup par l'interrogatoire. Ils sont dus à l'aggravation récente des signes de l'éthylisme chronique.

- anorexie plus marquée, diarrhée, pituites matinales plus abondantes.

...

- diminution de la tolérance à l'alcool.
- tremblement plus intense, crampes plus violentes.
- quelquefois déjà ; des troubles de l'équilibre, une dysarthrie existent.
- dans certains cas, une crise d'épilepsie généralisée, (nous en avons un exemple ici-même dans notre étude).
- soif, sécheresse de la langue, sueurs.
- anxiété, agressivité.
- mais surtout, des rêves terrifiants à thèmes professionnels et zoopsiques s'accentuent avec un caractère vécu, entraînant la participation active du malade.

En général, en vingt quatre heures la crise éclate.

LA CRISE

Le malade se trouve en état de confusion mentale, complète. La mémoire est presque absente, la désorientation temporo-spatiale est totale.

Les hallucinations intéressent tous ses sens : auditif, olfactif , gustatif, cenesthésique même. Le malade ressent des piqûres, il est "parcouru par des bêtes , il est entravé par des fils "... Il est en état de rêve, un rêve auquel il participe intensément, c'est l'onirisme. On retrouve ici deux sortes de thèmes :

Un thème de visions terrifiantes :

- zoopsies, animaux plus ou moins petits montant à l'assaut du malade.
- visions terrifiantes de catastrophes, d'incendies, d'éléments déchainés.
- apparition de la police, de soldats, de scènes d'exécution, de persécution, de jalousie, d'inconduite de la part de sa femme etc...

Un thème d'obsession professionnelles :

- Toutes ces hallucinations sont sans cesse renouvelées, elle défilent à grande vitesse, Le malade réagit par l'angoisse, la peur, la panique, il lutte,.. crie, ..fuit etc... . On peut observer des réactions violentes d'agressivité dirigées brusquement contre des personnes qui sont confondues avec des ennemis imaginaires.

Fait essentiel, ce délire reste flou, décousu, c'est beaucoup plus un rêve, qu'un délire (LASEGUE).

...

LES SIGNES GENERAUX et PHYSIQUES

1.- "Il ne peut être parlé de delirium tremens sans fièvre" (Coirault R. et Laborit H.). La fièvre est toujours supérieure à 38°C, traduisant la gravité de l'état du malade.

2.- Les sueurs sont très abondantes, avec leur odeur "podalique" spéciale.

3.- La déshydratation est intense, la langue rôtie. Le malade a soif. Il boirait n'importe quoi.

4.- Enfin, le tremblement est particulièrement intense ; diffusant à tout le corps. Il fait souvent trembler le lit. Les traits du visage sont tirés, le teint est bistré, les yeux cernés.

Ce sont l'importance et la gravité des signes généraux qui séparent le delirium tremens des délires subaigus confuso-oniriques.

SIGNES NEUROLOGIQUES

- Le tremblement, signe majeur, est, nous l'avons dit généralisé et permanent.

- Il existe une dysarthrie typique - avec un peu d'habitude, on pourrait presque faire le diagnostic "uniquement en se basant sur les sons".

- L'agitation est incessante, désordonnée, même dans le lit, malgré les entraves les draps sont rejetés dans tous les sens.

- Le regard est hagard, le malade poursuit un rêve agité auquel il prend part activement.

L'examen neurologique lui-même est rendu difficile, sinon impossible, avec un signe qui domine les autres : les raideurs musculaires exagérées par les mouvements.

D'après COIRAULT et LABORIT, les réflexes achilléens seraient souvent absents et il y aurait parfois un myosis serré.

...

SIGNES BIOLOGIQUES

On conçoit que des manifestations psychiques et physiques aussi accusées s'accompagnent de perturbations biologiques.

On retrouve :

- La déshydratation, avec chute de poids, hémoconcentration, tendance à la rétention sodée. Elle intéresserait aussi le secteur intra-cellulaire.

- Une augmentation du catabolisme azoté.

- Une cétone-urie surtout les premiers jours.

Toujours d'après COIRAULT et LABORIT il y aurait deux phases biologiques consécutives. Dans le premier temps on aurait une hypotonie plasmatique avec acidose et baisse de la réserve alcaline ; hyponatrémie, hypokaliémie, hypokaliurie, mais avec hyperkalicystie. Dans le deuxième temps, on constate une hypertonie plasmatique avec augmentation de la natrémie et de la kaliémie avec hypokalicystie.

A la première phase, correspondrait une sitiophobie primitive. La soif apparaitrait ensuite avec la deuxième phase biologique.

EN RESUME

C'est seulement l'ensemble des éléments cliniques qui permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'un delirium tremens.

On éliminera facilement l'ivresse alcoolique dans laquelle le malade bien qu'agité, tenant des propos incohérents et titubant n'a pas d'hallucinations importantes. Et surtout il n'y a pas de signes généraux graves.

Il faudra encore éliminer les cirrhoses graves avec troubles de la conscience. Mais une cirrhose grave associée à un delirium tremens se termine souvent par un coma hépatique (Fontan et Ollivier).

...

ELEMENTS de PRONOSTIC

L'âge : le delirium tremens est d'autant plus grave que le sujet et plus jeune.

Importance des signes neuro-végétatifs :

Une température très élevée et des signes importants de déshydratation sont de mauvais pronostics.

Importance des phénomènes cardio-vasculaires :

Un pouls très rapide, et dont la rapidité est croissante est un très mauvais signe. L'hypertension et la tendance au collapsus sont à noter.

Importance des manifestations pulmonaires :

En particulier l'évolution vers la pneumonie.

Importance des fonctions hépatiques :

Une cirrhose associée est un élément de grande gravité.

L'EVOLUTION SPONTANEE

Elle est variable, mais dans 40% des cas la mort s vient soit par ictère grave, soit par collapsus cardio-vasculaire.

Parfois, le malade guérit spontanément, mais souvent il garde des séquelles : amnésie du type KORSAKOV, encéphalopathie de type GAYET-WERNCKE ou même persistance d'un état onirique avec idées de jalousie et de persécution.

HYPOTHESE PATHOGENIQUES

L'étio-pathogénie du delirium tremens, malgré de nombreux travaux, reste obscure (M. Fontan et S. P. Ollivier). De toutes façons, c'est la quantité d'alcool ingérée qui compte et non le mode d'ingestion.

LECOQ parle d'intoxication par les dérivés pyruvés avec hyperpyruvicémie.

Certains pensent surtout à incriminer une avitaminose du groupe B., surtout B 1.

DELMAS-MARSALET explique la symptomatologie par un œdème cérébral diffus avec congestion capillaire allant parfois jusqu'au suffusions hémorragiques prédominant dans le diencéphale.

...

Le delirium tremens serait une intoxication devenue complexe ayant débordé le cortex cérébral et atteignant le diencéphale. La suppléance de la défaillance hépatique ne suffirait plus à elle seule, malgré son appoint antitoxique, pour juguler cet état évolutif. A ce stade, il faudrait lutter contre la lésion diencéphalique et ses conséquences, par des substances chimiques et vitaminées variées, fournies à hautes doses (X. Abely).

LES DIFFERENTES THERAPEUTIQUES du DELIRIUM TREMENS

La première thérapeutique de delirium tremens date de MAGNAN. Il définit trois buts principaux :

1.- Protéger le malade,

2.- Favoriser l'élimination du poisnn,

3.- Soutenir et relever les forces.

En pratique, cela se réduit à ceci :

- Contenir le malade, non pas par la camisole de force, mais par une sorte de pyjama spécial inventé par MAGNAN lui-même et qui permet au malade de se débattre sans danger.

- Pour la deuxième proposition, il prescrit "des boissons délayantes, légèrement apéritives ou diurétiques, mais surtout très abondantes, en satisfaisant la soif ardente des malades "...

- Enfin pour la troisième proposition, " on aura recours au lait, au bouillon, au chocolat... à l'extrait mou de préférence à la dose de 2 à 6 g soit en potion avec le sirop d'écorces d'oranges, soit en électuaires associé à la conserve de rose... on donnera des œufs, de la viande toutes les fois qu'un budget administratif ne s'y opposera pas".

En réalité, la pharmacopée se réduit à : par exemple :

"une bouteille d'eau de Sedlitz ; 2 pots de tisane d'orge, Bain" avec le lendemain "Bain, 2 pots de limonade citrique"

A ceci, il faut ajouter :

" comme moyens pharmaceutiques, on devra recourir à quelques purgatifs, plus rarement aux emeto-cathartiques, pour remplir les indications relatives au tube digestif, et pour débarasser les premières voies des sabures compagnes si fréquentes des excès de boisson".

" dans quelques cas des lavements seront nécessaires..."

Par contre, MAGNAN rejette le Chloral :

"d'ailleurs en parcourant la plupart des cas de delirium tremens guéris par l'hydrate de chloral, on s'aperçoit bien vite qu'il s'agit dans ces guérisons non point de delirium tremens fébrile, mais

...

bien de délire alcoolique simple".

LEVEILLE et ARMSTRONG en 1830 recommandaient les opiacés.

SIREDEY en 1875 préférait le chloral,
En 1880 ROUSSEAU employait les bromures.

LA STRYCHNISATION

Cependant, c'est LUTON à Reims en 1873 qui employa le premier la Strychnothérapie qui devait être ultérieurement codifiée par PAGNIEZ et CHATON en 1931 puis par COSSA en 1938. Ce dernier tentait d'expliquer l'action de la strychnine par un rétablissement des chronaxies musculaires normales, élevées par l'alcool et abaissées par la strychnine, sans compter une stimulation non négligeable des fonctions hépatiques.

Les doses sont aujourd'hui beaucoup plus modérées (10 à 15 mg) et paraissent tout aussi efficaces.

Cependant ces médications, aussi bien que les barbituriques, ont le gros inconvénient de surajouter leur toxicité propre à l'intoxication éthylique de l'organisme, d'où leur discrédit, total ou relatif (M.B.Schott).

LES BARBITURIQUES

Les barbituriques et parmi eux le Somnifène intraveineux, furent employés par HAMART et BENECH dès 1921.

GOUDE et GIRARD ont vanté les mérites de l'association somnifène intraveineux extraits hépatiques-huile camphrée en 1936

Ces thérapeutiques sont de nos jours déconseillées : elles ajoutent leur action dépressive à celle de l'alcool sur la cellule nerveuse et ont des effets nocifs sur le rein (P.Delmas-Marsalet).

LE CURETHYL

En 1946, BRUEL et LECOQ dans le but légitime de s'opposer au sevrage ont proposé l'administration d'alcool per os ou par voie intraveineuse.

Le Curethyl est utilisé sous deux formes associées :
Curethyl A : alcool glucosé hépatisé
Curethyl B : association nicotamide-adénine qui métaboliserait rapidement l'alcool et ses produits de dégradation incomplète.

Si à petites doses l'alcool se comporte comme sédatif du Cortex et des centres végétatifs, sa nocivité hépatique doit contribuer à en limiter l'indication (M.B.Schott).

L'A.C.T.H. et les Extraits Cortico-Surrénaux

J.SMITH, TINTERA et LOVELL aux Etats-Unis utilisent l'A.C.T.H. et les extraits cortico-surrénaux.

SMITH aurait obtenu avec l'A.C.T.H. la sédation complète de certains cas de delirium en 3 à 10 heures, résultat qui semble vraiment spectaculaire.

COIRAULT, au stade I de sa classification (sueurs, sitiophobie, hyperkalicystie) administre de la cortisone et suspend la réhydratation, qu'à l'inverse il prescrit avec du potassium et du lévulose au stade II (soif, natrémie élevée, hypokalicystie).

LE CHLORAL

En sirop, ou mieux en lavement, le chloral a été employé dans le traitement du delirium tremens. Cependant, la durée de l'agitation demeurait importante de 5 à 12 jours.

LA RESERPINE (SERPASIL)

AVOL et VOGUEL aux U.S.A. dès 1955 et LEREBOULLET, PLUVINAGE et BENOIT en France en 1957 utilisent le Serpasil. Ils l'associent souvent d'ailleur à la Strychnothérapie.

Cependant, les risques augmentés de collapsus cardio-vasculaire incitent beaucoup à une grande réserve envers ce produit.

LEREBOULLET : "... il est essentiel, lorsqu'on emploie la Réserpine, d'éviter l'usage du Phénergan et de la Chlorpromazine qui paraissent, du fait vraisemblablement d'une potentialisation de la Réserpine provoquer des accidents du collapsus".

La Chlorpromazine et les cocktails lytiques :

Elle fut souvent réservée aux cas graves (P.Cossa et J. Postel).

Cependant, ici encore, de nombreux auteurs se montrent assez réservés ; risques de collapsus cardio-vasculaires, fréquence relative d'ictères (J.P.Schnetzler et J.J. Cleach).

...

LE VADRILG : succinate sodique de 21 hydroxy prégnandione :

LABORIT, COIRAULT, DAMASIO, HAINAUT et WEBER utilisèrent les premiers ce stéroïde narcotique dans le traitement du delirium tremens en 1956.

Il fut administré soit en perfusions lentes, soit en injections rapides (15 à 30 minutes), soit en injections très rapides (10 minutes) dans du sérum isotonique.

A ceci, ces auteurs ajoutent :

- un cocktail vitaminé,
- des toniques cardio-vasculaires,
- et au besoin du Curéthyl A.

Cependant, il convient de noter la possibilité d'incidents (Gutton) :

- irritation veineuse,
- hypersécrétion bronchique et hypersialorrhée.

et même d'accidents :

- anomalie du rythme respiratoire qui peut aller jusqu'à l'apnée.
- ischémie myocardique, mais plus rarement.

Enfin, dans un delirium tremens grave, l'effet thérapeut que serait insuffisant.

LE S.C.T.Z.

BOURGHOUD dès 1958 s'est attaché à cette médication.
Cependant, il signale, outre le fait de devoir administrer le produit en intraveineuse stricte, des cas d'hypersalivation et de toux pouvant aller quelques fois jusqu'à l'apnée de quelques instants avec cyanose.

L'HEPATOTHERAPIE

Nous réservons à cette thérapeutique un chapitre particulier du fait même de l'attention spéciale que nous y consacrons dans cette étude.

...

LUTTE contre les TROUBLES METABOLIQUES

Elle est essentielle et vitale.

- contre la déshydratation, le sérum lévulosé injectable hypotonique à 10% en flacon de un litre semble recommandé.

Deux litres par jour pendant deux à trois jours, puis par doses dégressives, semblent être suffisants, mais pas toujours. Il est courant qu'on doive faire passer quatre litres de sérum par jour en perfusions continues.

- lutre contre le sevrage, grâce au Curéthyl.
(Duchenne et Perrin, N.Péron, Daumezon, R.Lecoq, Dublineau, Fouquet, Letailleur, Lereboullet, Corman et Gaudin, Alizon,X.Abely, Sivadon).

La thérapeutique hépatovitaminée I.V. s'impose, toujours à doses importantes, B 1, B 12, B 6, C, K 1 préventive d'accidents hémorragiques éventuels d'origine hépatique.

ANTIBIOTIQUES et ANALEPTIQUES CARDIO VASCULAIRES.

L'emploi des antibiotiques est systématique, tout delirium tremens favorisant au maximum les infections (surtout respiratoires).

La thérapeutique cardiotonique s'impose toujours.

LES SOINS

Leur importance reste grande.

"L'agitation du delirium tremens est en grande partie calmée par la présence humaine compréhensive, et des infirmières averties aidées par des pensionnaires de bonne volonté (que nous n'hésitons pas à choisir parmi les alcooliques convalescents) peuvent rendre inutile l'association de sédatifs à un traitement judicieusement établi".(Breton, Defer, et Cisse)

TRAITEMENT souvent RENCONTRE

1 - une action sur l'intoxication elle - même :

polyvitaminothérapie, hépatothérapie,
injection I.V. d'alcool remplaçant depuis
Lecoq et Bruel "le vin étendu" des classiques.

...

2 - une action sur le symptome agitation

très souvent par les neuroleptiques "mise en repos des centres neuro-végétatifs" (J.Delay)

ce sont :
chlorpromazine.
"cocktails lytiques".
réserpine, au maximum hibernation (Riser).

NEVEU a même préconisé la Sismothérapie.

Il convient d'ajouter évidemment la lutte contre les troubles métaboliques, les antibiotiques, les cardiotoniques et les soins locaux.

L'HEPATOTHERAPIE

Constituant le sujet de notre étude nous lui réservons une place à part.

L'hépatothérapie n'est pas nouvelle. On la retrouve bien loin dans l'histoire de la pharmacopée Chinoise, Indoue et Arabe pour le traitement d'affections les plus diverses (M. Benkhoucha).

Dans les affections hépatiques, GILBERT et CARNOT préconisent dès 1896 l'utilisation thérapeutique des extraits de foie.

Malgré les analyses biochimiques de plus en plus poussées, il est difficile d'isoler un principe actif particulier agissant sur telle ou telle fonction hépatique (A. Gérard, et P. Butaye).

Le foie a des fonctions multiples en particulier il intervient :

- dans le métabolisme protidique : uréogénèse (on sait que cette réaction est incomplète par suite d'insuffisance hépatique, l'ammoniaque reste à l'état libre dans la circulation et que cette substance est très toxique et convulsivante , l'élévation du taux d'ammoniaque sanguin et sa persistance favorisant les manifestations encéphalopathiques.). Synthèse du fibrinogène et des protéines plasmatiques du type albumines.

- dans le métabolisme lipidique : synthèse du cholestérol par cyclisation de l'acide oléique et l'estérification du cholestérol; intervention dans la formation des lipoprotéines : et en effet dans le delirium tremens nous constatons une chute du cholestérol estérifié.

- dans le métabolisme glucidique : fonction glycogénique du foie, et on observe alors une hypoglycémie (d'après certains auteurs américains) et une glycosurie.

- dans le métabolisme hydrique et le retard de l'élimination de l'eau ou opsiurie bien connue dans les affections hépatiques (ictères et cirrhoses).

- dans le métabolisme de l'hémoglobine : formation de la bilirubine et élimination par la bile.

- dans la coagulation sanguine : synthèse de la prothrombine et de divers autres facteurs (proconvertine et proaccélérine

...

Cette perturbation est un fidèle reflet de l'atteinte du foie dans ses multiples fonctions.

- dans la synthèse de divers enzymes : phosphatases, cholinestérase, procaïnestérase.

Le foie endocrine seul, se présente comme un organe à fonctions variées et s'il représente un carrefour organique et biologique dont chaque rôle est vital par lui-même et dont les manifestations se reproduisent à distance, il n'est pas étonnant de voir la responsabilité du foie, directement ou indirectement, dans un grand nombre de phénomènes pathologiques.

On peut aussi supposer que d'autres substances intermédiaires aussi toxiques et convulsivantes, non encore décelables, s'accumulent dans le sang par absence d'élimination, ou de transformation, et qui seraient soit hallucinogènes, soit excitatrices ou perturbatrices des chronaxies musculaires. En somme, ces substances seraient alors à l'origine d'une partie de la symptomatologie du delirium tremens.

Le foie est alors rendu principalement responsable du delirium tremens (Klippel). Les troubles hépatiques jouent le premier rôle dans les neuro-psychoses alcooliques (Binswanger en 1932 et Ancloux en 1933).

En tenant compte de l'énorme importance biologique que représente le foie, on est en droit de penser que le delirium tremens serait dû à une manifestation particulière , à distance, de la défaillance hépatique.

Dans ce cas, une thérapeutique substitutive serait amplement justifiée.

Cependant, dans l'alcoolisme il n'y pas que le foie d'atteint : en particulier, le muscle cardiaque, la muqueuse gastrique ainsi que la cellule nerveuse sont touchés.

Aussi d'autres hypothèses furent-elles émises :

- TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS considèrent le delirium tremens comme une encéphalite psychosique

- DELMAS, MARSALET, LAFON insistent surtout sur le rôle de l'œdème cérébral.

Il faut vraisemblablement penser que toutes ces causes doivent certainement coexister ainsi que l'atteinte hépatique, primordiale pensons-nous et qu'elles ont une résultante commune, le délire alcoolique aigu.

...

Mais, si nous trouvons de nombreuses justifications théoriques, des résultats empiriques et pratiques nous frappent encore plus.

FRAISSE et MATTEI et d'autres auteurs, constatèrent en 1933 l'importance des altérations hépatiques qui accompagnent les psychoses alcooliques aiguës et conseillèrent l'emploi d'extrait de foie dans le traitement de ces états.

Les extraits de foie I.V. furent d'abord utilisés dans le traitement des cirrhoses alcooliques. Ainsi les auteurss américains LABBY en 1947, RALLI et collaborateurs en 1949 employèrent des extraits de foie aussi totaux que possible, simplement débarassés des substances pyrogènes et des amines ou des esters toxiques dont l'injection peut éventuellement provoquer une chute alarmante de la tension.

D'autres auteurs suivirent :

MILLISCHER en 1950, LEMAIRE et Collaborateurs en 1951, AUBERTIN et Collaborateurs en 1951 et 1952. En Allemagne, KNEDEL en 1951, KIPPING, KALK et WILDHIRT en 1952. En Italie, DEL GRECO et MONTENERO en 1950. En Autriche, JASINSKI en 1953.

DAUSSY et HERVO en 1953 traitèrent leurs malades atteints de delirium tremens par l'extrait hépatique I.V.. Bien que leur posologie nous semble aujourd'hui peut-être insuffisante, DAUSSY rapporte "avoir observé parfois une amélioration immédiate et le plus souvent la guérison avec deux à six injections".

R.COIRAULT en 1956 utilise cette thérapeutique et donne des statistiques très intéressantes.

G.J. de COUESNONGLE se servait aussi de l'extrait de foie, intraveineux, et dans sa thèse en 1955 nous fait part de ses conclusions.

- sédation rapide de l'agitation,
- chute thermique généralement rapide.

"débutant dès la troisième heure qui suit l'injection" - d'après l'auteur - "douze heures après l'injection, en règle générale, la température a régressé aux environs de 37°c".-

- une diminution de la sudation,
- un rétablissement de la diurèse,
- le tremblement persiste encore pendant 24 heures, puis régresse.

...

Cependant, dans sa statistique "la confusion mentale est, sans conteste, la plus lente à disparaitre".

En résumé, avec la posologie employée, G.J. de COUESNONGLE affirme : "Nous considérons comme un avantage certain de la méthode, spécialement dans le cadre des services hospitaliers surchargés et insuffisamment pourvus de personnel infirmier, sa simplicité et sa rapidité d'exécution".

M.BENKHOUCHA, après l'étude qu'il entreprit dans le service de Monsieur le Docteur Rudrauf à l'Hôpital psychiatrique de Lesvellec, conclut à l'action très bénéfique du Foie Lyophilisé Et Despécifié sur la température, le pouls, les sueurs profuses. De même, l'onirisme, l'agitation, dans une moindre mesure le tremblement sont très bien influencés.

L'action sur la tension artérielle et sur le sommeil se révèle moindre. Il résume ainsi :

" avec le Foie Lyophilisé et Despécifié
- le pourcentage de guérison est supérieur,
- le délai de guérison est sérieusement abrégé."

J.E.BENOISTON, C.MOUZET et G.DORENLOT, rapportent en 1960, une série de 29 observations cliniques d'alcooliques neuro-psychiques obeervés à l'Hôpital psychiatrique départemental de Quimper.

Ils écrivent :

"En conclusion, nous estimons que, par son efficacité d'action, son innocuité, ses larges possibilités posologiques, l'Extrait de Foie Lyophilisé en injections intraveineuses mérite d'occuper une place de choix dans l'éventail des thérapeutiques de l'alcoolisme neuropsychique et spécialement du delirium tremens."

"De plus, dans certains cas sévères, le recours à la synergie médicamenteuse "Foie Lyophilisé + S.C.T.Z.", permet d'obtenir très rapidement des résultats remarquables".

REFLEXIONS sur nos OBSERVATIONS

Dix-huit malades ont fait l'objet de notre étude, nous pourrions dire dix-neuf, un malade figurant deux fois dans notre statistique.

Tous les cas de notre étude sauf deux observations(n°13 et 18), se trouvaient en état de delirium tremens confirmé, grave.

Tous ces malades ont été mis au Foie Lyophilisé Despécifié. L'administration a été faire uniquement par voie endo-veineu La dose la plus fréquemment employée pour lutter contre le deliriu tremens lui-même a été de 4 à 5g par jour pendant 2 à 3 jours en moyenne . Nous avons continué ensuite le Foie Lyophilisé Despécifi en réduisant progressivement la dose, de 1g par jour le plus souvent

Cependant, nous avons adopté une posologie souple, "à la demande". Ainsi (observation n°17) nous avons prescrit 10g par jour de Foie Lyophilisé Despécifié pendant deux jours pour un deliri tremens particulièrement effroyable, l'état clinique s'étant amélior nous avons aussitôt diminué la dose.

Nous avons parfois, par esprit de prudence, associé un neuroleptique (largactyl parfois - Equanil le plus souvent) à faibles doses à l'extrait de Foie Lyophilisé.

Nous n'avons jamais remarqué la moindre manifestation d'allergie ou de choc après les injections intraveineuses de Foie Ly philisé et Despécifié, ce médicament s'emploie sans précautions pa ticulières et est parfaitement toléré.

Nous avons utilisé de façon générale le principe des inje tions couplées, suivant le schéma ci-dessous :

- deux injections endoveineuses de 1 flacon de 250mg ch cun de Foie Lyophilisé Despécifié à vingt minutes d'intervalle, soit 500 mg.

Cette injection couplée de 500 mg de Foie Lyophilisé et Despécifié est renouvelée en principe :

- toutes les deux heures le premier jour,
- toutes les trois heures le deuxième jour,
- toutes les quatre heures le troisième jour,
- toutes les cinq heures le quatrième jour.

En principe, 4 à 6 g par jour pendant un à trois jours suffisent à calmer un delirium tremens, la posologie allant ensuite

...

en diminuant dès la manifestation de l'amélioration. Cependant, dans un cas très grave, nous avons donné 10 g par jour pendant deux jours, puis nous avons pu baisser la posologie. Dans ce cas, nous avons prescrit 1 g toutes les deux heures (soit deux injections de deux flacons de 250 mg chacun à 20 minutes d'intervalle).

Nous n'avons eu que très rarement recours à des perfusions, dès le premier jour d'hospitalisation, les malades ont tous pu boire, aussi, en résumé :

La posologie se fait "à la demande", suivant l'état clinique même du malade.

OBSERVATIONS RECUEILLIES

Observation n°1

Monsieur L... Henri - 35 ans
entré le 23.10.60 - sorti le 3.11.60

Diagnostic

Delirium tremens chez un sujet présentant des vomissements bilieux avec de petites quantités de sang rouge mais pas d'hématémèse véritable.

Etat clinique à l'entrée

Est envoyé par son médecin pour vomissements bilieux avec sang rouge en petites quantités.

Le malade est un éthylique, en état de pré-delirium

- tremblement des extrémités et de la langue,
- agitation,
- léger état confusionnel,
- réflexes tendineux des membres inférieurs un peu vifs,
- foie débordant de deux travers de doigt, dur.

Pas de rate perceptible à la palpation, pas de circulation collatérale, pas de crampes dans les mollets.
Le cœur présente des extra-systoles avec un souffle systolique latéro-sternal gauche.
Poumons : R.A.S.
Ethylisme avoué d'autre part.
Pouls 70 - T.A. 12/7 - température 37°7

Traitement et évolution

Les deux premiers jours : 25 mg de Largactil I.M. par jour - devant le peu d'effet de cette thérapeutique, et devant un délirium, on fait :

le 25.10.60 : Foie Lyophilisé Despécifié : 500 mg (deux injections I.V. de 250 mg à 20 minutes d'intervalle) 4 fois dans la journée associé à 200 mg de Largactil.

le 26.10.60 : Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 6, on commence deux millions de Pénicilline.

...

Le malade s'étant calmé, on continue la Pénicilline seule, un million à partir du 29 octobre, 500.000 à partir du 30 et jusqu'au 31 octobre.

Courbe de température et de diurèse

La température qui était aux environs de 37°8/38° jusqu'au 28, chute ensuite pour redevenir normale les jours suivants. La courbe de diurèse est parallèle à celle de la température : 500 cc jusqu'au 28, puis passe à 1900 cc, ceci se maintenant jusqu'à la sortie.

Examens de Laboratoire

faits le 24 octobre 1960

Protéines totales	72 g
Sérum albumines	47 g
Sérum globulines	25g
Rapport A/G	1,88
Cholestérol estérifié	1,20g
Cholestérol total	1,70g
Rapport E/T	70%
Mac Lagan	4
Kunkel	24
BW lipidique (	
BW tréponémique (	négatifs.
Kline floculation)	
urée sanguine	0,32
Globulos rouges	4.800.000
Hémoglobine	92%
Valeur globulaire	0,95
Globules blancs	8.960
Poly.neutrophiles	79 (
éosinophiles	1) 80%
basophiles	0 (
Lymphocytes	18 (
Monocytes	2) 20%

Le 2 novembre 1960

une radio-pulmonaire qui se montre normale.

Conclusion

Ce malade a fait un delirium guéri très rapidement (48 heures) par une dose importante de Foie Lyophilisé Despécifié.

Observation n°2

Monsieur P... Armand - 35 ans
entré le 17.3.61 - sorti le 27.3.61

Diagnostic

Accès de delirium tremens typique chez un sujet jeune.

Etat clinique à l'entrée

Le malade arrive très agité.
Grande excitation psycho-motrice, désorientation temporo-spatiale. L'interrogatoire est difficile.

- tremblement digito-lingual
- quelques sueurs.

Cœur rapide.
Poumons : R.A.S.
Abdomen : hépato-mégalie non douloureuse.

Réflexes ostéotendineux vifs.

Pouls 112 - température 37°8 - T.A. 18/9

Traitement et évolution

Foie Lyophilisé et Despécifié 500 mg (deux injections I.V. de 250 mg à 20 minutes d'intervalle) x 3 le 18mars.

500 mg x 6 les 19 et 20 mars.

Puis le 21 mars, le malade devenant plus calme, on baisse progressivement les doses : 500 mg x 5, - 500 mg x 4, - etc... pour aboutir le 24 mars à 500 mg. On arrête alors le traitement.

Courbe de température et de diurèse

La température oscille entre 37°8 et 37° jusqu'au 19 mars, puis se stabilise autour de 37°3.

La diurèse est de 1100 cc du17 au 19 mars, puis saute à 1500 cc à partir du 20.

La tension artérielle élevée au début : 18/9 le 17 mars, 17/9 le 18 mars, descend à 14/8 le 21.

...

Examens de Laboratoire

faits le 18.3.61

urée sanguine	0,16 g
Protéines totales	85 g
Sérum albumines	52 g
Sérum globulines	33 g
Rapport A/G	1,57
Cholestérol estérifié	1,50 g
Cholestérol total	2,20 g
Rapport E/T	68%
Mac Lagan	40
Kunkel	68
Globules rouges	4.850.000
Valeur globulaire	0,90
Globules blancs	11.840
Poly. neutrophiles	91 (
éosinophiles	0) 91%
basophiles	0 (
Lymphocytes	6 (
Monocytes	3) 9%

le 21.3.61

sérologie négative (BW lipidique, BW tréponémique, Kline floculation)

Le 23.3.61

radiographie pulmonaire normale

Remarquons surtout un Mac Lagan et un Kunkel très perturbés.

Conclusions

Delirium tremens chez un sujet jeune traité uniquement par le Foie Lyophilisé Despécifié à fortes doses et calmé en trois jours.

Observation n°3

Monsieur D... Marceau - 52 ans
entré le 18.3.61 - sorti le 3.4.61

Diagnostic

Delirium tremens.

Examen clinique à l'entrée

Le malade est amené par des agents, en état de prédelirium.
- discordant et désorienté.
- tremblements des extrémités.
- signes importants d'imprégnation éthylique.

Coeur rapide - hypertension à 19/10

Poumons : r.a.s.

Abdomen : foie débordant de trois travers de doigt.

Réflexes vifs, douleurs à la pression des mollets

Pouls 100- température à 38°.

Traitement et évolution

Le malade reçoit à l'entrée un traitement varié :

Le 18 mars : sirop de chloral
sirop de todd
25 mg de Largactil I.M.
25 mg de Phénergan I.M.
0,5 cc de dolosol
1 million de Pénicilline

le 19 mars : 1 million de Pénicilline
100 mg de Largactil I.M. — le malade parait plus calme

le 20 mars : 1 million de Pénicilline
100 mg de Largactil
50 cc alcool I.V.
Strychnine 5 mg — le malade est légèrement trémulant.

le 21 mars : 1 million de Pénicilline
100 mg de Largactil
40 c c d'alcool I.V.
Strychnine 5 mg

...

Le 22 mars : le malade entre en état de delirium

On prescrit alors uniquement du Foie Lyophilisé Despécifi 500 mg (deux injections I.V. de 250 mg à 20 minutes d'inte valle) 6 fois dans la journée , on continue, bien entendu, l Pénicilline : 1 million.

le 23 Mars : Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 8
et deux millions de Pénicilline.
le 24 mars : Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 8
et deux millions de Pénicilline.
le 25 mars : Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 8
et deux millions de Pénicilline.
le 26 mars : le malade va mieux, on commence à baisser
les doses de Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x
et deux millions de Pénicilline.
le 27 mars : Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 4
et deux millions de Pénicilline.
le 28 mars : Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 2
et deux millions de Pénicilline

le 29 mars : le malade est très calme , on arrête alors le Foie Lyophilisé Despécifié et on continue la Pénicilline jus au lendemain.

Courbe de température et de diurèse

Entré avec 38° le 18 mars, le malade présente une tempé rature à 37° du 19 au 22.
Le 23 mars, la fièvre monte à 38° et s'y maintient jusqu' 26. A partir du 27 mars, la température oscille entre 37° et 37°

Diurèse : la diurèse est de 1000 cc les 18 et 19 mars, elle monte à 1500 cc les 20 et 21 pour redescendre à 1000 cc le 22,23,24 et 25 mars.
A partir du 26 mars, la diurèse oscille entre 1800 et 2000

T.A. 19/10 le 18 , 10/5,5 le 21 , 11,5/7 le 22 mars.

Examens de laboratoire

le 21.3.61

urée sanguine	0,18
Protéines totales	81 g
Sérum albumines	56 g
Sérum globulines	25 g
Rapport A/G	2,25

...

Cholestérol estérifié	1,50
Cholestérol total	2,30
Rapport E/T	65%
Mac Lagan	6
Kunkel	28
Globules rouges	4.500.000
Hémoglobine	83%
V.G.	0,95
Globules blancs	6.080
Poly. neutrophiles	70 (
éosinophiles	3) 74%
basophiles	1 (
Lymphocytes	22 (
Monocytes	4) 26%

L'urée sanguine est très basse comme cela se voit souvent chez les éthyliques.

le 23.3.61

BW lipidique	(
BW tréponémique	) négatifs
Kline floculation	(

le 28.3.61

examens cyto-bactériologiques des urines.

aspect	clair
réaction	6
albumine	0
leucocytes	rares
hématies	3.000
cylindres	très rares, hyalins

B.K., recherche des germes - examens direct : négat
culture B.K. ... négative

Conclusion

Des médications variées n'ont pas empêché l'apparitio
d'un delirium qui a été traité par de fortes doses de F
Lyophilisé Despécifié.

Observation 4

Monsieur M... Roger - 36 ans
entré le 22.3.61 - sorti le 3.4.61

Diagnostic

Délire aigu alcoolique, hyperpyrétique chez un malade prése
tant en outre des crises comitiales et ayant une spécificité (r
lation possible entre ces deux dernières).

Etat clinique à l'entrée

Le malade est envoyé par son médecin pour crise comitiale
chez un éthylique habituel (avait déjà fait une crise comitiale
il y a trois ans). Aurait arrêté l'Alepsal il y a dix jours.

A l'examen on trouve : un malade présentant un faciès alcoo-
lique typique (rougeur, varicosités des pommettes) avec :
- une désorientation temporo-spatiale,
- en état de confusion importante,
- des tremblements des extrémités.

Cœur normal.
pas de foyer pulmonaire apparent.
Abdomen : légère hépatomégalie
réflexes ostéotendineux un peu vifs.
réflexes oculaires normaux.
Babinski à droite, douteux à gauche

Le malade présenterait une anorexie importante depuis longt

Traitement et évolution

A l'entrée le 22 mars : deux millions de Pénicille,
sérum glucosé I.V. : 250 cc
gardénal sodique I.M. : 0,10 g

Le 23, le malade faisant un délire aigu alcoolique, on comm
un traitement au Foie Lyophilisé et Despécifié 500 mg (2 inj
I.V. à 20 minutes d'intervalle) cinq fois dans la journée en c
nuant la Pénicilline : 2 millions et le gardénal sodique 0,10 g

Le 24, Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 10 et 2 millions
Pénicilline.

Le 25, Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 10 et comme la
température est à 39 /40°, on ajoute à la Pénicilline 2 g de
Terramycine.

... ...

Le 26 mars, le malade allant mieux, on commence à diminuer les doses de Foie Lyophilisé Despécifié, 500 mg x 8 avec toujours deux millions de Pénicilline et 2 g. de Terramycine

Le 27, Foie Lyophilisé Despécifié 500mgx8et 500.000 de Péni line et 2 g de Terramycine etc... pour aboutir le 29 à 500m x 2 de Foie Lyophilisé Despécifié avec Pénicilline 500.000 et 1 g de Terramycine.

Courbe de température et de diurèse

La température oscillait entre 38 et 39° depuis l'entrée jusqu'au 24, mais pour atteindre 40° le 25 au soir. Dès le 26, grâce à la thérapeutique la température tombe à 37°, mais remonte à 38 le 28 mars, pour redescendre à 37°5 le lendemain et oscille ensuite entre 37,5 et 37° jusqu'au 3 avril.

La diurèse : aux entours de 700 cc du 22 mars au 24 monte le 25 à 1000 cc et à 1700 cc le 28 mars.

T.A. 14/7 à l'entrée, 13/9 le 25

Examens de laboratoire

le 22.3.61

protides totaux	66 g

le 24.3.61

urée sanguine	0,43g
Protides totaux	72 g
Sérum albumimes	55 g
Sérum globulines	17 g
Rapport A/G	3,20
Cholestérol estérifié	1,25
Cholestérol total	1,85
Rapport E/T	67%
Mac Lagan	3
Kunkel	5
Globules rouges	5.450.000
Hémoglobine	110%
V.G.	1
Globules blancs	10.080
Poly. neutrophiles	78 (
éosinophiles	0) 78%
basophiles	0 (
Lymphocytes	16) 22%
Monocytes	6 (

...

Le 25.3.61

BW lipidique	+
BW tréponémique	++
Kline floculation	++

Il faut noter que le taux des protides totaux est passé de 66g/lit. à l'entrée à 72 g/lit. dès le 24 mars.
Le rapport des $\frac{\text{Sérum albumines}}{\text{Sérum globulines}}$ est normal, cependant les tests de Mac Lagan et Kunkel sont excellents.

Il faut remarquer encore que le nombre des globules blancs à 10.080 avec 78% de polynucléaires semble indiquer une légère infection.

Enfin, remarquons que ce malade présente une spécificité positive.

Le 31.5.61

E.E.G. qui conclue :

"à 10 jours de la dernière crise, il existe des anomalies diffuses, des rythmes cérébraux sans signe de foyer, probablement plus en rapport avec une comitialité qu'avec une néphropathie éthylique".

Le malade sorti le 3 avril, est revenu en consultation.

De nouveaux examens biologiques sont faits :

le 6.4.61	B.W. Lipidique	+++
	BW Kohner	+++
	Kline floculation	$\pm$
	Kahn Standard	$\pm$

Aussi le 10 avril,

on prescrit un traitement Pénicillinique et Bismuthé pour la spécificité.

Le 9 mai enfin, on conseille en outre un traitement à base de Bivatol et de Véryl I.V. alternés.

Conclusions

En ce qui nous concerne, constatons que le délire alcoolique aigu de ce malade a été stoppé dès le troisième jour d'administration du Foie Lyophilisé Despécifié. Les doses ont dû être très fortes allant jusqu'à 5g par jour.

Observation n°5

Monsieur D... Raymond - 61 ans
entré le 3.3.61 - sorti le 17.3.61
Premier séjour au cours de l'année 1961

Diagnostic

Ethylique chronique, faisant un delirium avec hyperpyrexie.

Etat clinique à l'entrée

Le malade a déjà fait deux cures de désintoxication et continue à boire.
Il crache depuis 4 jours, mais pas de toux, depuis deux jours il fait de la fièvre, il aurait passé une nuit calme.

A l'examen :

léger état de pré-delirium
- sueurs
- agitation modérée
- paroles plus ou moins intelligibles
- tremblements.

Avec hyperthermie à 40° et hypertension à 20/11

poumons, cœur : R.A.S.
Abdomen normal : légère hépatomégalie.

Traitement et évolution

Le 3 mars, à l'entrée, traitement varié : chloral 3 cuillerées à soupe et Pénicilline : 2 millions.

Le 4, Pénicilline 2 millions, Largactil I.M. 50 mg, extrait hépatique I.M.
Les 5 et 6 même traitement, avec 50 mg de vitamine B 1.

Le 7, un état typique de delirium se manifestant on ajoute le Foie Lyophilisé Despécifié : 500 mg (2 injections de 250 mg à 20 minutes d'intervalle), 5 fois dans la journée.

Le 8 mars, on continue le Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 6 accompagné de Pénicilline : 2 millions seulement.

Dès le 9, une nette amélioration se manifestant on peut baisser les doses de Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 4.

...

On arrive ainsi le 11 mars à, 500mg de Foie Lyophilisé Despécifié avec deux millions de pénicilline.

Le 12 mars, on termine le traitement, en donnant seulement 2 millions de Pénicilline.

Courbes de température et de diurèse

Le 3 mars, température à 40° qui se maintient entre 38 et 39° jusqu'au 8 pour descendre à 37,9 le 9.

Ensuite la fièvre descend régulièrement et le 12 mars, la température est à 37°.

La diurèse se maintient durant toute l'hospitalisation entre 1000 cc et 1500 cc avec une petite chute à 500 cc le 6 mars.

La tension artérielle est de 20/11 le 3, de 11/4 le 5 et de 11/6 le 12

Le poids est de 55 kg à l'entrée, et de 54,300 kg le 12.

Examens de laboratoire

faits le 5.3.61

urée sanguine	0,40 g
protéines totales	71 g
sérum albumine	35 g
sérum globuline	36 g
rapport A/G	0,97
cholestérol estérifié	1
cholestérol total	1,85
rapport E/T	54%
Mac Lagan	26
Kunkel	60
Taux de prothrombine	110%
épreuve de l'héparine	
sang témoin	sang malade
2'30	2'30
6'30	6'30
11'	11'
taux dans le sang :	
de bilirubine directe	27 mg ‰
de bilirubine indirecte	42 mg ‰
sels	pigments biliaires
++	++

radiographie pulmonaire normale.

Remarquons : la baisse des sérum-albumines par rapport aux sérum. -globulines avec rapport à 0,97, l'insuffisance du cholestérol estérifié, et les tests de Mac Lagan et surtout deKunkel perturbés.

Conclusions

Des doses importantes de Foie Lyophilisé Despécifié ont rapidement stoppé ce delirium hyperpyrétique apparu chez un vieil éthylique au décours d'un petit épisode pulmonaire.

Deuxième séjour au cours de l'année 1961

du 22.9.61 au 6.10.61

Diagnostic

Delirium aigu chez un éthylique chronique, qui présente en outre des signes de polynévrite.

Etat clinique à l'entrée

Le malade arrive le 22 septembre alors qu'il commence un délire alcoolique aigu.

- trémulant
- sueurs profuses
- hallucinations visuelles effrayantes
- troubles de la mémoire
- désorientation temporo-spatiale.

Par ailleurs, le cœur est normal bien que rapide.
Poumons : R.A.S.
Abdomen, hépatomégalie.

Cependant, on note des signes qui évoquent une polynévrite.
- douleurs à la pressinn des mollets,
- réflexes achiléens non retrouvés, mais le malade est hostile.
- réflexes rotuliens normaux.
- réflexes cutanés, plantaires en flexion

Traitement et évolution

A l'entrée : Equanil I.M.
50 cc alcool I.V.

Le 23 septembre, on met en route le Foie Lyophilisé despécifié à hautes doses, 500 mg 10 fois par jour, avec Pénicilline 2 millions et encore 50 cc d'alcool I.V.

...

Le 24, même traitement avec le Foie Lyophilisé Despécifié et la Pénicilline, ainsi que le 25 et le 26, l'alcool I.V. étant supprimé bien entendu.

le 27 enfin, nette amélioration et l'on baisse la dose de Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 8 tout en continuant la Pénicilline. On arrive ainsi au ler octobre avec 500 mg de Foie Lyophilisé Despécifié. Depuis le 29 septembre, le malade reçoit 3 g de Mycostatine, car on craint une mycose, on continue la Mycostatine jusqu'au 5 octobre ainsi que 500 mg de Foie Lyophilisé Despécifié.

Examens de laboratoire

le 23.9.61

urée sanguine	0,32 g	
Protéines totales	77 g	
Sérum albumines	47 g	
Sérum globulines	30 g	
rapport A/G	1,55	
Cholestérol estérifié	0,75 g	
Cholestérol total	1,40 g	
Rapport E/T	53 %	
Mac Lagan	22	
Kunkel	48	
Glycémie	1 g	
Globules rouges	3.915.000	
Hémoglobine	74%	
V.G.	0,95	
Globules blancs	5.600	
Poly.neutrophiles	76)	
éosinophiles	0)	76%
basophiles	0)	
Lymphocytes	23 (	24%
monocytes	1)	

le 2 octobre 1961

radiopulmonaire sensiblement normale.

Conclusions

Le malade refait un deuxième delirium 6 mois après le premier, mais beaucoup plus intense, de fortes doses de Foie Lyophilisé Despécifié en sont venu à bout en quatre jours.

Observation n° 6

Monsieur M... Jean-Pierre - 55 ans
entré le 22.4.61 - sorti le 6.5.61

Diagnostic

Vieux tuberculeux dont le traitement déclenche un delirium tremens aigu, avec hyperthermie et diarrhée.

Etat Clinique à l'entrée.

Ancien tuberculeux soigné depuis trois ans à domicile qui présente aujourd'hui :

- une diarrhée importante
- de l'agitation avec tremblement, paroles incohérentes, enfin un état manifestement éthylique avec faciès bien typique.

Cœur et poumons : R.A.S.
Foie non perceptible
Température à 37° - pouls 84

Traitement et évolution

Le délire alcoolique s'installe dès le premier jour,
alcool 50 cc I.V.
strychnine 2 mg.
Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg (deux injections à 20 minutes d'intervalle) 8 fois dans la journée.
Dès le deuxième jour, le malade semble plus calme, on continue strychnine 2 mg et on baisse le Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg x 4. On ajoute de la vitamine K I

La Strychnine est continuée jusqu'au 6 mai de même que la vitamine K 1 .
Le foie lyophilisé despécifié à la dose de 500 mg jusqu'au ler mai, ainsi que Pénicilline : 2 millions et strychnine 1 g (commencées le 24 avril).
Du 25 avril au 4 mai, la diarrhée sera traitée à l'hordénal.
On ajoute à ceci : colimycine : 1 million du 30 avril au 6 mai et vitamine B 1 du ler au 6 mai.

Courbes thermiques et de diurèse

La fièvre monte régulièrement jusqu'à 38°5 et 39°et ne commence à s'abaisser que à partir du 29 avril.
du 30 avril au 6 mai, la température se maintient entre 37 et 37°,5.

...

La diurèse, très faible les premiers jours, elle s'élève à 1000 cc le 26 avril, à 1200 cc le 27, à 1500 cc le 28 et atteint 2000 cc le 4 mai.

Poids : le 26 avril : 68,600 kg, le 4 mai : 69,900 kg

Examens de laboratoire

le 22 avril

urée sanguine	0,24 g
sérologie	négative
vitesse de sédimentation	1ère heure 18 2ème heure 50
examen de crachats	
recherche du BK directe	négative
radiographie pulmonaire	normale
taux de prothrombine	55%
protéines totales	66 g
Sérum albumines	40 g
Sérum globulines	26 g
Rapport A/G	1,55
cholestérol estérifié	0,50 g
cholestérol total	1,25 g
rapport E/T	40%
Mac Lagan	33
Kunkel	53
Globules rouges	4.000.000
Hémoglobine	80%
V.G.	1
Globules blancs	4.480
Poly-neutrophiles	70 (
éosinophiles	1) 72%
basophiles	1 (
Lymphocytes	18 (
Monocytes	10) 28%

le 28 avril : recherches de staphylocoques : négative

Le malade après sa sortie consulte à nouveau et on fait une culture pour recherche de BK : origine : les crachats, le 22 mai

résultat direct	négatif
résultat de culture	négatif

Conclusion

Le malade parait stabilisé au point de vue pulmonaire. L'épisode délire alcoolique a été fortement jugulé par le Foie Lyophilisé Despécifié associé à 2 mg par jour de Strychnine.

Observation n°7

Monsieur B... Jean - 37 ans - camioneur-livreur
entré le 1.5.61 - sorti le 22.5.61

Diagnostic

Hématémèse suivie d'un delirium tremens effroyable et hyperpyrétique.

Etat clinique à l'entrée

Malade envoyé par son médecin pour hématémèse de grande abondance.

Antécédents : opéré pour blessure de l'abdomen par balle en 1944
On aurait découvert une hypertension artérielle avec maxima à 18 il y a 7 ans.

Depuis trois mois, se plaint de sensations d'étouffement, d'éblouissements, d'amauroses transitoires, de dyspnée nocture, avec soif d'air et anorexie.

Examen : tremblements très importants des extrémités et de la langue, éthylisme avéré et important (3 litres 500 par jour dit-il). Foie de volume normal, mais bord inférieur très dur.

- Cœur régulier, mais rapide
- poumons : R.A.S.
- pas de météorisme abdominal, ni de circulation collatérale

Pas d'oedèmes des membres inférieurs.
Pas de signes de désorientation.
Réflexes ostéo-tendineux semblent normaux.

Il semble s'agir dès l'entrée d'une hématémèse d'origine éthylique chez un hypertendu grave.

Pouls 150 - température 38 - T.A. 20,5/10

Traitement et évolution

Le malade entré le 1er mai après midi, commence un delirium aigu dès le 2 mai, qui prend bientôt une allure effroyable. Une numération faite d'urgence le premier jour, montre :

Globules rouges	3.690.000
hémoglobine	60%
V.G.	0,80
Globules blancs	7.920

Le 2 mai, le malade reçoit :
- de la vitamine K 1 en I.M., qui sera prolongée jusqu'à la sortie.
- 2 millions de Pénicilline qui sera continuée jusqu'à la sortie.
- adrénoxyl I.M. que l'on continue trois jours.
- Naphthionine pendant 5 jours.
- Foie Lyophilisé Despécifié 250 mg 4 fois par jour.
- 50 mg de Largactil I.M.

Dès le 3 mai, vu l'état du malade en plein delirium, on augmente les doses de Foie Lyophilisé Despécifié qui passent à 500 mg (deux injections I.V. à 20 minutes d'intervalle de 250 mg) x 8, tout en continuant les autres traitements.

Les 4 et 5 mai, on donne 500 mg de Foie Lyophilisé Despécifié 10 fois, avec deux Equanil I.M. et un Serpasil.

Le 6 Mai, l'état du malade s'améliore et l'on commence à diminuer les doses de Foie Lyophilisé despécifié qui passent à 500 mg x 8 et tout en continuant les autres traitements (sauf Equanil et Serpasil).
Les jours suivants les doses de Foie Lyophilisé Despécifié vont en décroissant , pour atteindre 500 mg le 11 mai. Le Foie Lyophilisé Despécifié est alors arrêté, on se contente par la suite de donner un simple extrait de foie.

Des numérations et formules sanguines montrent une anémie persistante, on sera obligé de faire à ce malade des transfusions répétées.
250 cc le 5
300 cc le 6
300 cc le 9
300 cc le 16
300 cc le 19

Courbe de température et de diurèse

La température oscille entre 38 et 39° le 5 mai, à partir du 6, elle descend et se maintient autour de 37°.

Diurèse : 700 cc le ler, puis 1300 cc les 2 et 3.
ensuite : 1000 cc du 4 au 8
Enfin, à partir du 9 mai, la diurèse se maintient à 1800cc

Tension artérielle : 20, 6/10 à l'entrée le ler mai
20/10 le 2 mai
20/10 le 3 mai

...

Examens de Laboratoire

	1.5.61	3.5.61	8.5.61	13.5.61	20.5.6
G.R.	3.690.000	2.630.000	3.350.000	3.260.000	4.000.000
Hémoglobine	60%	51%	68%	62%	75%
V.G.	0,8	1	1	0,98	0,95
G.B.	7.920	5.280	7.760	7.310	9.920
Poly-neutro		82	61	76	71
Poly éosino		0	3	0	5
Lymphocytes		13	27	21	22
Monocytes		5	8	3	2
Basophiles	0	0	0	0	0

Transfusions

dates	5.5.61	6.5.61	9.5.61	16.5.61	19.5.61
quantité	250cc	300 cc	300cc	300cc	300cc

...

le 3.5.61

taux de prothrombine	69%
épreuve à l'héparine	
sang témoin	sang malade
2'30	4'
6'30	9'
11'	15'
urée sanguine	0,27
sérdogie	négative
protéines totales	69 g
sérum albumines	45 g
sérum globulines	24 g
rapport A/G	1,85
cholestérol estérifié	0,55 g
cholestérol total	2,15 g
rapport E/T	26%
Mac Lagan	26
Kunkel	56

le 13.5.61

Des radiographies du duodénum et de l'estomac montrent une "image suspecte de l'angle de la petite courbure, mais inconstante".

Remarquons surtout la chute du cholestérol estérifié et le test de Mac Lagan à 26.

Conclusions

Le malade est arrivé pour hématémèse très rapidement compliquée d'un delirium effroyable et hyperpyrétique. Un traitement massif de Foie Lyophilisé Despécifié joint à des transfusions l'ont amélioré au bout de quelques jours et nous avons pu alors faire son bilan.

La lenteur de la réparation sanguine exigea de nouvelles transfusions très bien supportées d'ailleurs.

L'examen radiologique gastroduodénal a donné comme conclusions : "absence d'image de varices œsophagiennes, image suspecte de l'angle de la petite courbure, mais inconstante".

...

Observation n°8

Monsieur R... Ange - 42 ans
entré le 10 mai 1961 - sorti le 20 mai 1961

Diagnostic

crise comitiale précédant de peu un delirium.

Etat Clinique à l'entrée

Vient à l'hôpital le 9 mai, en urgence en chirurgie, pour une plaie du coude à la suite d'une chute (faux pas ?, perte de connaissance ?). Pendant que l'interne de chirurgie le suture, le malade fait une "petite absence" avec hébétude.

Le 10 mai, le malade fait une crise typique de grand mal :
- cris
- crise tonique et clonique
- perte de connaissance
- yeux révulsés.
- morsure de la langue
- mais pas de perte d'urine.

Cœur normal.
Poumons : R.A.S.
Abdomen : R.A.S.
le 12 mai le malade fait un delirium typique.

Traitement et évolution

Equanil le 11, puis du 13 au 20 mai :
Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg (deux injections à 20 minutes d'intervalle) 10 fois dans la journée du 12.
L'amélioration est très rapide : 500 mg x 8 le 13 et 500 mg x 6 le 14.

Le 15 mai, on entend des râles sous-crépitants déssiminés dans les deux champs pulmonaires, on donne de la Pénicilline, 2 millions par jour jusqu'au 18, puis 1 million du 19 au 20.

Courbes de température et de diurèse

La fièvre oscille entre 38 et 39° jusqu'au 17, puis la température descend à 37°5.

...

La diurèse qui est de 1000 cc jusqu'au 15 mai, monte à 1700 cc le 16 et s'y maintient jusqu'à la sortie du malade.

Examen de Laboratoire

le 12 mai

urée sanguine	0,18 g
glycémie	0,90 g
F.O.	normaux
Papilles	très bien limitées
BW lipidique	(
BW tréponémique	) négatifs
Kline floculation	)
globules rouges	4.400.000
Hémoglobine	82%
V.G.	0,95
globules blancs	10.000
Poly.neutrophiles	72 (
éosinophiles	1)73%
basophiles	0 (
Lymphocytes	26 (27%
monocytes	1)

Le 15 mai

E.E.G. "Il n'existe pas de figure comitiale. Cependant la lenteur relative de l'alpha et l'aspect irrégulier du tracé ne permettent pas de considérer cet E.E.G. comme normal.".

Le 16 mai

Radiographie pulmonaire normale

Le 19 mai

examen ophtalmique : pas de névrite optique.

Conclusions

Il y a dans la littérature plusieurs deliriums précédés de crises comitiales. En voilà un autre exemple .
Ce delirium a été calmé en 24 heures par le Foie Lyophilisé despécifié.

Observation 9

Monsieur M... Pierre - 53 ans
entré le 31.5.61 - sorti le 16.6.61

Diagnostic

cirrhotique avec atteinte cardiaque (flutter et insuffisance cardiaque congestive) déjà hospitalisé deux fois, (en 1958 et en 1959) qui fait un delirium tremens.

Etat clinique à l'entrée

Le malade se révèle être un éthylique majeur avec gros foie et ecchymoses multiples.

Par ailleurs, tremblement digito-lingual, dysarthrie, insomnies.

Cœur : tachyarythmie.
Poumons: murmure vésiculaire diminué aux deux bases.
Pas d'œdèmes des membres inférieurs (sauf le soir)

A fait depuis deux jours dyspnée d'effort très importante.

Réflexes ostéo-tendineux normaux.

Cutanés plantaires en flexion.

Traitement et évolution

Un véritable delirium tremens se déclare le ler juin.

Digitaline : 20 gouttes le 31 mai
5 gouttes le ler juin

Cédilanide I.V. 2 cc le ler puis 3 cc du 2 au 5 juin.
Equanil I.M. du ler au 11

Foie Lyophiilisé Despécifié 500 mg (deux injections de 250 mg à 20 minutes d'intervalle) 4 fois par jour le ler juin Même dose le 2, 500 mg x 8 le 3 juin ce qui amène une nette amélioration - 500 mg x 6 le 4 et ainsi, par doses décroissantes on arrive à 500 mg le 6 juin , ce qui est continué jusqu'au 9.

...

Courbe de température et de diurèse

Température 37°le matin du 31 mai, puis la fièvre monte à 38° le ler juin et s'y maintient jusqu'au 8.

A partir du 9 la température descend et se maintient aux alentours de 37°5 jusqu'à la sortie.

Diurèse : 1000 cc jusqu'au 5 juin, puis 1700 cc du 6 au 16 juin.

T.A. le 31 mai : 12/8 - le 2 juin : 15/12 - le 7 juin 12/8 le 14 juin : 12/9.

Poids le ler juin 56,600 kg
le 7 juin 55,500 kg
le 14 juin 51,200 kg

Examen de laboratoire

faits le 2 juin

taux de prothrombine	34%	
épreuve à l'héparine		
sang témoin	sang malade	
2'30	3'	
6'30	6'30	
11'	11'	
urée sanguine	0,62 g	
globules rouges	5.500.000	
hémoglobine	120%	
V.G.	1,07	
globules blancs	7.040	
poly. neutrophiles	71	72%
éosinophiles	1	
basophiles	0	
lymphocytes	21	28%
monocytes	7	
protéines totales	90 g	
Sérum albumines	62 g	
sérum globulines	28 g	
rapport A/G	2,20	
cholestérol estérifié	1,60	
cholestérol total	2,25	
rapport E/T	71%	
Mac Lagan	12	
Kunkel	26	

...

Conclusions

1°) intoxication éthylique aiguë qui, très rapidement, est devenue un delirium tremens grave, hyperpyrétique, et d'allure sévère.

2°) d'autant plus sévère qu'il présentait une tachyarythmie complète, rapide par fibrillo-flutter auriculaire.

Nous avons dû associer une réhydratation massive, d'importantes doses d'Extrait de Foie Lyophilisé Despécifié à une cure de Cédilanide I.V.

Observation n°10

Monsieur C... Gustave - 53 ans
entré le 4.6.61 - sorti le 1.7.61

Diagnostic

Delirium tremens au cours duquel le malade fait une anurie avec azotémie à 4,85 g. Sous l'effet d'une remise en ordre métabolique et de fortes doses de Foie Lyophilisé despécifié, la diurèse se rétablit.

Etat clinique à l'entrée

Pouls 134 - température 38° - T.A. 21/11

Cette nuit, maladaise avec sueurs, vomissements répétés.
Ce matin, perte de connaissance incomplète (semblant évoquer plutôt une absence) accompagnée de cyanoses pendant quelques secondes et de quelques mouvements convulsifs. Actuellement amnésie complète de ce qui lui est arrivé.

Antécédents : troubles de la mémoire depuis quelques temps :
- céphalées depuis des années.
- depuis quelques mois, a eu plusieurs accidents d'automobile.

...

A l'examen : légèrement trémulant
- quelques sueurs,
- pas de signes neurologiques de localisation
- tachycardie importante avec hypertension
- poumons : R.A.S.
- réflexes un peu vifs.

Traitement et évolution

Un delirium se déclare le 6 juin, mais d'autre part, le malade fait une anurie les 7-8 et 9 juin, la diurèse réapparait très légèrement le 10, ce qui nécessite une remise en ordre métabolique.

- Equanil I.M. du 6 au14 juin
- Foie Lyophilisé 500 mg (deux injections I.V. de 250mg à 20 minutes d'intervalle) 8 fois dans la journée du 6 juin.
le 7 - 500 mg x 12
le 8 - 500 mg x 12
le 9 - 500 mg x 10
le 10- 500 mg x 10

le 11 juin amélioration nette du delirium, on peut commencer à baisser les doses : 500 mg x 8
le 12 juin 500 mg x 8 etc... pour aboutir le 14 à 500mg x 2.-
- pénicilline : 2 millions du 7 au 24 juin
- ouabaïne I.V. du 7 au 12
- néosynéphrine du 7 au 9
- novocaïne 1% 80 cc le 10
10 cc du 11 au 16
- sérum glucosé : 1,500 lit du 10 au 18
- sérum bicarbonaté : 1 lit. du 12 au 18
- sérum salé : 1 lit. du 12 au 23
- stérandryl 50 du 14 au 23
- 25 les 24,28 juin et ler juillet
- carbonate de bismuth 10 g x 2 du 21 au 24
- chlorure de K 2 g du 16 au 19
- 3 g du 20 juin au ler juillet.

Courbes de température et de diurèse

Fièvre à 38° à l'entrée le 6 juin qui saute à 40° le 7 et descend à 38° le 8.

A partir du 9 juin et jusqu'au 22, la température oscille entre 37 et 37,8

A partir du 23, la température se situe aux alentours de 37,4°

...

Diurèse : pratiquement nulle les 7, 8 et 9 juin, reprend le 9 (200 cc) saute à 1200 cc le 10, et à 2000 cc le 11. Ensuite la diurèse se maintient autour de 2000 cc jusqu'au 19 pour se stabiliser par la suite à 1600 cc.

Examens de Laboratoire

	Diurèse	Urée sanguine	Urée urinaire	R.A.
7.6.61	nulle	1,83		
8.6.61	nulle			
9.6.61	200 cc	2,86		
10.6.61	1200 cc	4,40	10,34	
11.6.61	2000 cc	4,20	9,58	36 vol
12.6.61	2000 cc		10,34	
13.6.61	2000 cc	4	10,34	41 vol
14.6.61	2000 cc	3,66	14,62	60 vol

le 7.6.61

BW lipidique	(
BW tréponémique	) négatifs
Kline floculation	(
globules rouges	5.500.000
hémoglobine	108%
V.G.	0,98
globules blancs	6.320
poly. Neutrophiles	79 (
éosinophiles	0) 79%
basophiles	0 (
Lymphocytes	19 (21%
monocytes	2)
protides totaux	87 g
sérum albumines	59 g
sérum globuline	28 g
rapport A/G	2,10
cholestérol estérifié	2,15
cholestérol total	3
rapport E.T.	70%
Mac Lagan	5
Kunkel	10

le 9.6.61

examen cyto-bactériologique des urines

	9.6.61	28.6.61
aspect	légèr. trouble	clair
réaction	5	6,5
albumine	+++	traces
leucocytes	10.000	50.000
hématies	200.000	rares
cylindres	1600 hyalins	800 hyalins

examen bactériologique

direct BK = négatif
germe : quelques bacilles Gram -
culture : colibacilles

le 28.6.61

P.S.P. = 95%
constante d'Ambard : 0,125

E.E.G. - trois essais après la crise, l' E.E.G. ne montre pas d'anomalies significatives.

Conclusion

Le malade entré le 4 juin en plein delirium aigu alcoolique, très rapidement, au décours de ce delirium, apparait une anurie, parallèlement l'azotémie monte, et au total, on se trouve en présence d'une néphrite anurique, avec tous les métabolismes perturbés. L'azotémie monte jusqu'à 4,85 g après quelques jours d'incertitude, durant lesquels la vie du malade ne tient qu'à un fil, et sous l'effet d'une remise en ordre métabolique (4 lit. de sérum glucosé, salé, bicarbonaté, potassium etc...), la diurèse se rétablit peu à peu, et en une dizaine de jours l'azotémie descend à 0,32 g. Le bilan rénal fait à la fin de cette néphrite anurique donne une P.S.P. à 95% , une constante d'Ambard à 0,125 et seulement quelques traces d'albumine. Le malade peut partir en convalescence pour deux mois.

Observation n°11

Monsieur G... Joachim - 32 ans - soudeur à l'arc
entré le 7.6.61 - sorti le 17.6.61

Diagnostic

Delirium tremens dès l'entrée.

Etat clinique à l'entrée

En arrêt de travail depuis trois jours pour asthénie et douleurs lombaires, traumatisme vertébral il y a 7 ans.

A l'examen : éthylisme marqué, faciès typique.
Hallucinations
Sujet maigre en sueurs.
trémulant
Assez cohérent cependant.

Cœur : R.A.S.
poumons quelques râles dans la région sous clavière D.
réflexes ostéo-tendineux vifs.
réflexe cutané plantaire en flexion

Traitement et évolution

Le delirium se déclare dès le premier jour.

- Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg (deux injections I.V. de 250 mg à 20 minutes d'intervalle) 8 fois dans la journé puis 500 mg x 12 le 8 juin, ainsi que les 9 et 10.

On peut, dès le 11, diminuer les doses : 500 mg x 10 et ainsi de suite : 500 mg x 8 le 12 juin etc... pour arriver à 500 mg x 2 le 15 juin. On arrête alors la thérapeutique.

Au foie lyophilisé despécifié avait été ajouté de l'Equanil 3 les 10 et 11 juin, 2 du 12 au 14 juin.

Courbes de température et de diurèse

Température entre 37,5 et 38° jusqu'au 12
puis autour de 37,5° du 13 au 17

Diurèse : 1300 cc jusqu'au 14
puis 2000 cc jusqu'à la sortie

T.A. : 12/8 le 7 juin, 12/8 le 9

Poids 54,400 kg à l'entrée, 58,200 kg le 14

Examens de laboratoire

Le 8.6.61

urée sanguine	0,29 g
glycémie	0,95 g
protéines totales	87 g
sérum albumines	63 g
sérum globulines	24 g
rapport A.G	2,60
cholestérol estérifié	1 g
cholestérol total	1,65 g
rapport E/T	66%
Mac Lagan	5
Kunkel	24
globules rouges	5.000.000
hémoglobine	104%
V.G.	1,04
globules blancs	8.160
poly. neutrophiles	81 (
éosinophiles	1) 82%
basophiles	0 (
Lymphocytes	12 (18%
monocytes	6)

le 9.6.61

BW lipidique	(
BW tréponémique	) négatifs
kline floculation	(

le 13.6.61

radiopulmonaire normale

Conclusion

Delirium tremens traité par des très fortes doses de Foie Lyophilisé Despécifié associé à l'Equanil .

Observation n°12

Monsieur L... Luis - 56 ans
entré le 1.6.61 - sorti le 15.7.61

Diagnostic

Poussée cirrhotique avec delirium chez un malade atteint de gâtisme.

Etat clinique à l'entrée

Pouls à 104 - température à 36°4 - T.A. 10,5/7

cirrhose ascite depuis quelques mois, cependant pas d'œdèmes aux membres inférieurs.
Depuis quelques jours, émission de sang rouge lors des selles, avec quelquefois du moeléna.
Gastrectomie en 1943

A l'examen : confusion temporo-spatiale et troubles de la mémoire (gâtisme précoce).
tremblement des doigts et de la langue.

Coeur : tachycardie
poumons : R.A.S.
Abdomen, augmentation majeure de volume, matité dans les zones déclives, petite circulation collatérale.
Reflexes ostéo-tendineux normaux.

Traitement et évolution

On met le malade d'emblée au Foie Lyophilisé Despécifié mais un délire alcoolique se déclenche, on augmente la dose le 4 juin.

250 mg le 2 juin , 250 mg 4 fois dans la journée du 3, puis 250 mg 8 du 4 au 6 juin.

On peut alors réduire progressivement les doses, 250 mg x 6 le 7, - 250 mg x 4 le 8, - 250 mg x 2 le 9 et le 10 juin et enfin 250 mg le 11.

Vitamine B1, B6, B12 du 4 juin au 14 juillet

Extrait hépatique I.M. du 26 juin au 14 juillet.
Diurilix : 2 comprimés par jour 3 fois par jour tous les 5 jours de l'entrée à la sortie.

...

Examens de laboratoire

Le 2 juin 1961, abdomen sans préparation, absence de niveaux liquides.
- on craignait une occlusion intestinale)

à la même date :

globules rouges	4.200.000
hémoglobine	84%
V.G.	1
globules blancs	9.280
Poly.Neutrophiles	86 (
éosinophiles	0) 88%
basophiles	2 (
Lymphocytes	9 (12%
Monocytes	3)
urée sanguine	0,16 g
glycémie	0,70 g
protéines totales	77 g
sérum albumines	44 g
sérum globulines	33 g
rapport A/G	1,35
cholestérol estérifié	0,85 g
cholestérol total	1,55 g
rapport E/T	55%
Mac Lagan	29
Kunkel	53

Remarquons surtout le taux d'urée sanguine très bon ainsi que celui du cholestérol estérifié. Le test de Mac Lagan est supérieur à 20

Conclusion

Guérison du délire alcoolique en deux jours par des doses massives de Foie Lyophilisé Despécifié.

Observation n°13

Monsieur L... Jean - 41 ans
entré le 1er juin - décédé le 14.6.61

Diagnostic

Congestion pulmonaire chez un éthylique chronique en état de pré-delirium tremens.

...

Etat clinique à l'entrée

Depuis six semaines, altération de l'état général, allité depuis quelques jours.

A l'examen : malade obnubilé qui répond difficilement et avec lenteur aux questions.
Subictère des téguments comme des conjonctives.
Trémulation des extrémités et de la langue.
déshydratation modérée.

Cœur : R.A.S.
Poumons : toux modérée, pas de signes de foyer.
Abdomen modérément balloné, matité des flancs, petite ascite possible, il semble exister un gros foie non douloureux.

Très discret œdème des membres inférieurs.
- oligurie, d'après le malade
- réflexes normaux.
- température à 39°

Traitement et évolution

On met le malade à la Pénicilline, deux millions le 11 juin et au Serpasil, ainsi qu'à l'Atropine (pour une journé seulement). Le 12, la température augmente encore, l' c-tère devient franc. 5 Millions de Pénicilline et Foie Lyophilisé Despécifié à raison de 4 fois 500 mg.

Le 13, le malade étant très déshydraté, on lui donne du sérum bicarbonaté et sodé (3 litres en tout) et on continue le Foie Lyophilisé Despécifié à la même dose.

Le 14, le malade meurt avec un ictère intense, avec la même thérapeutique.

Courbes de température et de diurèse

le 10.6.61	le 11.6.61	le 12	le 13	le 14.
39°	38,5°	39,8°	39,5°	39,6°

Diurèse : autour de 500 cc.

Examen de laboratoire

le 11.6.61

urée sanguine	0,83 g
glycémie	1,40 g

...

le 13.6.61

Radio pulmonaire au lit, qui montre une opacité légère du côté droit.

Conclusion

Malade décédé le 14.6.61 pour coma hépatique (on ne meurt plus de delirium tremens maintenant

---

Observation n°14

Monsieur M... Robert - 28 ans
entré le 16.6.61 - sorti le 26.6.61

Diagnostic

Delirium tremens chez un sujet jeune.

Etat Clinique à l'entrée

Pouls 72 - température 37,5°
malade éthylique qui présente
- un état confusionnel avec hallucinations et insomnies depuis trois jours.
- récemment hémorragies rectales de sang rouge.
- tremblement important digito-lingual.
- Cœur, poumons, abdomen, système nerveux : R.A.S.

Traitement et évolution

Le malade entre dès son arrivée en délire alcoolique aigu. On lui donne d'emblée des doses massives de Foie Lyophilisé Despécifié 500 mg (2 injections I.V. de 250 mg à 20 minutes d'intervalle) 12 fois dans la journée du 16. Même traitement le 17. Dès le 18, amélioration, 500 mg x 10, puis le 19 et le 20, 500 mg x 8.
Le 21, 500 mg x 6, et ainsi de suite par doses décroissantes on arrive à 500 mg le 24 juin.
Par ailleurs, il a été donné Pénicilline : 2 million du 18 au 21.

...

Courbes de température et de diurèse

La fièvre oscille entre 38 et 39,5° du 16 au 20 juin.
A partir du 21 juin, la température se situe aux alentour de 37,5°.

Diurèse :
700 cc du 16 au 19
1300 cc le 20
2000 cc du 21 au 23
1600 cc du 24 au 26

Examens de laboratoire

Le 19.6.61

urée sanguine	1,43 g
glycémie	1,55 g
sérologie	négative
protides totaux	88 g
sérum albumines	54 g
sérum globulines	34 g
rapport A/G	1,58
cholestérol estérifié	1,50 g
cholestérol total	2,70 g
rapport E/T	55%
Mac Lagan	4
Kunkel	6
globules rouges	5.000.000
hémoglobine	100%
V.G.	1
globules blancs	6.400
poly-neutrophiles	74 (
éosinophiles	0) 74%
basophiles	0 (
Lymphocytes	15 (26%
monocytes	11)

le 23.6.61

urée sanguine	0,32

Remarquons, à part l'urée sanguine à 1,43 g à l'entrée et la légère baisse de cholestérol estérifié, que chez le sujet jeune la fonction hépatique est encore intacte.

Conclusion

Delirium tremens aigu stoppé en deux jours et guérison assurée en 4 jours par le Foie Lyophilisé Despécifié.

Observations n°15

Monsieur G... Jean- 53 ans
entré le 21.6.61 - sorti le 8.7.61

Diagnostic

Cirrhotique, éthylique, faisant un delirium tremens au décours d'une infection pulmonaire de la basegauche.

Etat clinique à l'entrée

Malade éthylique (2 lit. avoués) en état de prédelirium.
- tremblement
- sueurs
- cohérent par ailleurs

cœur normal
poumons : foyer de la base gauche
Réflexes vifs.
Abdomen : foie gros et dur.

Traitement et évolution

Pénicilline : 2 millions du 21 juin au 3 juillet, 500.000 le 4 juillet.
Terramycine I.M. 2 g du 27 juin au 4 juillet.

Foie Lyophilisé despécifié 250 mg x 8 le 22.
250 mg x 10 le 23.
Le délire alcoolique s'aggravant, on augmente les doses : 500 mg x 10 le 24 et le 25.
L'état clinique s'améliorant, les doses sont alors diminuées progressivement, 500 mg x 8 le 26 etc... pour arriver à 500 mg x 2 le 29 et on continue ainsi jusqu'au 2 juillet.

Alcool I.V. 50 cc le 21 - 40 cc le 22.
20 cc le 24.
Equanil : 3 fois du 25 au 29 juin.

Courbes de température et de diurèse

40° à l'entrée
puis fièvre oscillant entre 37,6° et 38° jusqu'au 3 juillet. A partir du 4 juillet température à 37°.

Diurèse : aux alentours de 1600 cc.

Examen de laboratoire

le 21.6.61

Radiographie pulmonaire : la base gauche semble plus opaque.

le 22.6.61

urée sanguine	0,26 g
glycémie	1,40 g
F.O.	Normal
papilles	normales
globules rouges	4.400.000
hémoglobine	77%
V.G.	0,95
globules blancs	8.400
poly-neutrophiles	75 (
éosinophiles	1) 76%
basophiles	0 (
lymphocytes	17 (
monocytes	7) 24%
protéines totales	80 g
sérum albumines	46 g
sérum globulines	34 g
rapport A/G	1,35
cholestérol estérifié	1,65 g
cholestérol total	1,70 g
rapport E/T	61%
Mac Lagan	5
Kunkel	33

le 23.6.61

sérologie négative

le 2.7.61

radiographie pulmonaire normale

Conclusion

Le delirium tremens, déclenché par une infection pulmonaire n'a cédé qu'à de fortes doses de Foie Lyophilisé Despécifié. Doses que l'on a pu baisser au bout de trois jours en associant de l'Equanil

---

Observation n°16

Monsieur Q... Charles - 48 ans
entré le 23.6.61 - sorti le 22.7.61

Diagnostic

Diabétique hospitalisé pour rééquilibration de son diabète, qui fait un delirium

Etat clinique à l'entrée

Diabétique venant pour une nouvelle réadaptation de son diabète.

D'autre part état de pré-delirium

Ethylique
- aveux
- crampes
- cauchemars
- faciès typique
- épistaxis abondante depuis deux jours
- subictère conjonctival
- varicosités des pommettes
- trémulations des extrémités et de la langue.

Cœur : R.A.S.
poumons : R.A.S.
Abdomen volumineux
- onbilic volumineux
- circulation collatérale
- matité des flancs dans le décubitus latéral

Oedèmes indolores : mous, prenant le godet, plaies des membres inférieurs.
Examen neurologique : réflexes un peu vifs
cutanée plantaire en flexion
diminution discrète de la force de l'extenseur du gros orteil
Pas de douleurs à la pression des masses musculaires.

Traitement et évolution

Dès le lendemain de son arrivée le malade fait un delirium alcoolique aigu.
Foie Lyophilisé despécifié 250 mg x 8 le 24 juin.
500 mg (deux injections de 250 mg à 20 minutes d'intervalle)
8 fois dans la journée du 25 - puis 500 mg x 10 les 26 et 27

A partir du 28, on diminue les doses progressivement 500 mg x 6 - le 29, 500 mg x 4 etc... pour aboutir le ler juillet à 500 mg dose journalière que l'on maintient jusqu'au 21 juillet.

K. Thrombyl I.M. du 22 juin au 3 juillet
Naphthionine les 24 et 25 juin
Equanil I.M. du 25 au 28 juin
Serpasil I/4 mg x 3 du 25 juin au 7 juillet.

pour le diabète

Insuline (20 x 2) (25 le matin) du 5 au 10 juillet puis 25x2
A cela on ajoute pour les œdèmes
Novurit I.V. les 11, 15 et 19 juillet.
Diurilix 2 comp. par jour, deux jours de suite
puis tous les deux jours du 11 au 18 juillet.

Courbes de température et de diurèse

Température à 36°9 à l'entrée qui monte à 38° le 24. La fièvre reste oscillante entre 38 et 36,6° du 25 juin au 5 juillet, puis la température se stabilise entre 37 et 37,4° du 6 juillet à la sortie du malade le 22

Diurèse
les 23 et 24 = 2000 cc
du 25 au 28 = 1000 cc
du 29 juin au 22 juillet = 2000 cc

Tension artérielle

le 23.6. = 18/11
le 28.6. = 14/10
le 5.7. = 11/7
le 10.7. = 11/7
le 17.7. = 14/10

Poids

le 28.6. = 66,400 kg
le 5.7. = 73,300 kg
le 10.7. = 72,800 kg
le 17.7. = 66,800 kg

Examens de laboratoire

glycémie :

24.6. = 2,30 g	10.7. = 1,50 g
30.6. = 1,75 g	12.7. = 1,60 g
6.7. = 1,95 g	17.7. = 1,75 g
5.7. = 1,80 g	20.7. = 1,85 g

Urée sanguine
24.6.61 = 0,46 g
6.7.61 = 0,21 g

le 24.6.61

protéines totales	76 g
sérum albumines	36 g
sérum globulines	40 g
rapport A/G	0,90
cholestérol estérifié	1,50 g
cholestérol total	2,50 g
rapport E/T	53%
Mac Lagan	70
Kunkel	107
globules rouges	4.200.000
V.G.	0,95
globules blancs	6.080
poly.neutrophiles	76 (
éosinophiles	3) 79%
basophiles	0 (
lymphocytes	16 (21%
monocytes	5)
taux de prothrombine	30%

Epreuve à l'héparine

sang témoin	sang malade
2'30	4'30
6'30	8'
11'	15'

le 3.7.61

hyperglycémie provoquée
0 h. 2g
1 h. 2,45 g
2 h. 2,95 g
3 h. 3,35 g
4 h. 3 g
5 h. 2,70 g

Remarquons surtout la chute des sérum albumines; la chute relative du cholestérol estérifié, par rapport au cholestérol total, les chiffres des tests de Mac Lagan et de Kunkel très perturbés et le taux très bas de la prothrombine.

...

Conclusion

Diabétique hospitalisé pour une nouvelle réadaptation de son diabète et présentant en outre un état de delirium traité par Foie Lyophilisé Despécifié principalement, et état cirrhotique.

Au départ : glycémie à 2,30 g à la sortie fixée à 1,50 g (25 unités matin et soir d'Insuline ordinaire ((50mg)) par jour, avec régime, 150g de pain et 200 g de pommes de terre).

P.S. le malade reviendra à l'hôpital au cours du mois d'Août, pour une rechute de sa cirrhose, sans ictère et pour avoir de nouveau négligé son diabète).

Observation n°17

Monsieur G... Eugène - 40 ans
entré le 29.6.61 - sorti le 18.7.61

Diagnostic

Delirium tremens chez un sujet opéré il y a 6 jours d'une hernie.

Etat Clinique à l'entrée

Le malade entre en plein delirium
- intense excitation psycho-motrice
- tremblements très importants
- hallucinations.

température à 38,5°

Traitement et évolution

Le malade est d'emblée mis au Foie Lyophilisé Despécifi à des doses considérables 500 mg (2 injections I.V. de 250 mg à 20 minutes d'intervalle) 20 fois dans la journée. Même traitement le 30 juin.

...

L'état clinique s'améliore alors dès le 1er juillet on peut abaisser les doses :

500 mg x 12, puis le 2 juillet 500 mg x 10 et ainsi de suite :
500 mg x 8 le 3
500 mg x 4 le 4
500 mg x 2 le 5 et on continue à cette dose jusqu'au 14.

On associe trois injections par jour d'Equanil du 29 juin au 2 juillet , puis 2 par jour les 3 et 4 juillet.

Pénicilline : 1 million du 2 au 14 juillet.

Courbes de température et de diurèse

Fièvre oscillant entre 38,5° et 38° du 29 juin au 3 juillet température comprise entre 37,4° et 37,9° le 4 et le 11, et se stabilise autour de 37°,4 à compter du 12.

Diurèse :1000 cc du 2 juin au 4 juillet
2000 cc du 5 au 9 juillet
1500 cc du 10 au 14 juillet
2000 cc du 15 au 18 juillet

T.A. 13,5/7 le 5 juillet, ablation des agrafes
13/7 le 6 juillet, ablation des points.

Examens de laboratoire

Le 3.7.61

urée sanguine	0,48 g
BW lipidique	(
BW tréponémique	) négatifs
Kline floculation	(
protéines totales	72 g
sérum albumines	39 g
sérum globulines	33 g
rapport A/G	1,18
cholestérol estérifié	0,80 g
cholestérol total	1,15
rapport E/T	69%
Mac Lagan	7
Kunkel	17

...

Globules rouges	4.750.000
hémoglobine	100%
V.G.	1,5
globules blancs	17.200
poly.neutrophiles	76 (
éosinophiles	0 (76%
basophiles	0 (
Lymphocytes	22)
monocytes	2 (24%

Conclusion

Ce délire alcoolique, suraigu, a nécessité des doses mas
sives de Foie Lyophilisé Despécifié. On a associé par pr
dence de l'Equanil. Il a nettement été amélioré en 48 heu
seulement.

Observation n°18

Monsieur C... Joseph - 48 ans
entré le 13.7.61 - sorti le 24.7.61

Diagnostic

Etat de pré-delirium.

Etat clinique à l'entrée

Le malade se serait réveillé en sursaut au cours d'un cauchemar, aurait fait une fugue de plusieurs jours la dernière semaine, aurait présenté des troubles du comportement.
Ce matin : trémulant des extrémités, de la langue
- pas de sueurs, pas de délires, répond correctement au questions.
- fébrile
- gros foie, débordant de trois travers de doigt
- réflexes ostéo tendineux vifs aux M.I.

réflexes oculaires normaux.

Poumons : R.A.S
Cœur : bruits assez mal frappés.
abdomen : R.A.S.

A signaler : quelques égratignures (chute il y a 8 jours).

...

Traitement et évolution

Foie lyophilisé et despécifié 500 mg (deux injections I. de 250 mg à 20 minutes d'intervalle) du 13 au 22 juillet associé à :
Equanil I.M. du 13 au 22 aussi
Le malade ne fait pas de délire aigu à proprement parl

Courbes de température et de diurèse

37° à l'entrée, puis la fièvre monte et atteint 38,5° en 4 jours.

Le 17 la température tombe à 37,8° et s'y maintient jusqu'au 21, ensuite la courbe de température descend à 37°.

Diurèse : le 17.7. : .1000 cc
puis la diurèse monte à 2000 cc pour s'y maintenir.

T.A. 17/9 à l'entrée
18/4 le 18 juillet

Examens de laboratoire

le 13.7.61

globules blancs	6400
urée sanguine	0,32 g
globules rouges	4.300.000
hémoglobine	86%
V.G.	1
poly.neutrophiles	85 (
éosinophiles	1)86%
basophiles	0 (
Lymphocytes	8 (
monocytes	6)14%
protéines totales	67 g
sérum albumines	46 g
sérum globulines	21 g
rapport A/G	2,20 g
cholestérol estérifié	0,60
cholestérol total	1,65
rapport E/T	36%
Mac Lagan	10
Kunkel	28
BW lipidique	(
BW tréponémique	)négatifs
Kline floculation	(

...

Conclusion

Entré pour imminence de delirium tremens. Les choses ont été stoppées par l'administration de Foie Lyophilisé Despécifié et d'Equanil.

Les modifications du bilan hépatique portent surtout sur le cholestérol estérifié, avec un rapport cholestérol estérifié sur cholestérol total très abaissé.

TABLEAU

n°	Noms	Age	Degré	temps de guérison du D. T. seul	temps d'hospitalisation
1	L... Henri	35	Aigu	48 heures	11 jours
2	P... Armand	35	Aigu	72 heures	10 jours
3	D... Marceau	52	Aigu	4 jours	20 jours
4	M... Roger	36	Aigu	72 heures	12 jours
5	D... Raymond	61	Aigu Aigu	48 heures 4 jours	14 jours 14 jours
6	M... Jean Pierre	55	Aigu	24 heures	14 jours
7	B... Jean	37	Aigu	72 heures	21 jours
8	R... Ange	42	Aigu	24 heures	10 jours
9	M... Pierre	53	Aigu	48 heures	17 jours
10	C... Gustave	53	Aigu	72 heures	27 jours
11	G. Joachim	32	Aigu	72 heures	10 jours
12	L... Louis	56	Aigu	48 heures	45 jours
13	L... Jean	41	Subaigu		4 jours
14	M... Robert	28	Aigu	48 heures	10 jours
15	G... Jean	53	Aigu	48 heures	17 jours
16	Q... Charles	48	Aigu	48 heures	29 jours
17	G... Eugène	40	Aigu	48 heures	19 jours
18	C... Joseph	48	Subaigu		11 jours.

CAPITULATIF

ultats	Observations particulières
érison	
érison	traité uniquement par le F.L.D.
érison	Le D.T. lui-même traité uniquement par le F.L.D.
érison	Le D.T. " " " " " "
érison	1er séjour : le D.T. lui-même traité uniquement par le F.L.D.
érison	2ème séjour : (6 mois après) - le D.T. traité uniquement par le F.L.D.
érison	Le delirium tremens jugulé très rapidement
érison	delirium tremens effroyable
érison	delirium tremens précédé d'une crise comitiale
érison	
érison	delirium tremens avec néphrite anurique
érison	
érison	delirium tremens chez un malade atteint de gatisme précoce
écédé	Etat de pré-delirium - état général très atteint- Décès par coma hépatique
érison	traité uniquement par le F.L.D.
érison	D.T. traité uniquement par F.L.D. et alcool I.V.
érison	diabétique faisant un delirium tremens
érison	delirium tremens suraigu - 10 g par jour de FLD donnés sans incident.
érison	l'association F.L.D.+ Equanil stoppe l'apparition d'un delirium tremens

CONCLUSIONS

Après cette étude clinique, que pouvons-nous conclure ?

Que la qualité des résultats obtenus dans le traitement du delirium tremens confirmé par une hépatothérapie despécifiée et lyophilisée à haute dose montre de manière indirecte les relations qui existent vraisemblablement entre l'intoxication hépatique et les manifestations neuropsychiques de l'alcoolisme.

Ce point a été corroboré par de nombreux auteurs et dans des travaux récents il avait été noté que certaines posologies insuffisantes avaient pu être responsables d'échecs.

L'absence totale de phénomènes de choc et d'incidents d'intolérance, fréquents avec des extraits de foie standard, nous a permis d'utiliser une posologie plus souple, à la demande, quelquefois très importante, sans précaution particulière. Nous pensons que la qualité des résultats résumés dans le tableau analytique des cas étudiés, est due en grande partie à l'hépatothérapie massive que nous avons pu employer en raison de l'inocuité du produit par la voie intraveineuse constamment utilisée. La comparaison de nos cas nous permet de préciser l'évolution, sous traitement hépatothérapique, des différentes manifestations. La température qui subit fréquemment une ascension rapide après l'entrée du malade s'inflèchit rapidement pour être normalisée vers le troisième jour.

La reprise de la diurèse précède quelquefois la chute de la température. La guérison de la crise de delirium ne laisse pas persister de tremblement résiduel, seulement chez lessujets jeunes.

Le sommeil toujours perturbé à la phase aiguë, où le sujet en plein onirisme ne s'assoupit guère, réapparait avec la cessation de l'onirisme dans presque tous les cas à la 48ème heure.

L'action sur l'onirisme et l'agitation a été manifeste et va de pair, la deuxième manifestation n'étant que l'expression musculaire de l'onirisme d'origine cérébrale.

Le parallélisme de l'évolution des deux signes reste donc très étroit dans tous nos cas. Nos malades ont été libérés de leur monde onirique en 24 ou 48 heures, avec une évolution constante et régulière vers la disparition de ces deux manifestations, condition nécessaire à l'apparition du repos réparateur du malade. De plus, elle est concomittante avec la chute de la fièvre. Il nous a semblé que la chute de la température était plus marquée lorsque l'élévation thermique a été plus élevée.

Les sueurs habituellement profuses, ont, dans presque tous les cas, régressé assez vite après l'institution du traitement, lorsque le résultat final a été favorable.

Le pouls et la tension, semblent être labiles au cours de l'épisode aigu, sans que l'on puisse en tirer de conclusion. La stabilisation de ces éléments n'intervient qu'après la consolidation.

L'action sur les signes psychomoteurs s'est révélée être plus spécifique dans notre étude.

Le tremblement souvent intense au cours des manifestations aiguës de l'alcoolismen neuropsychique diminue parallèlement avec la température quelquefois sa chute précède celle de la fièvre.

Notre thérapeutique a été basée sur l'hépatothérapie seule, sous forme d'un extrait de Foie Lyophilisé Despécifié, employé à très fortes doses par voie intraveineuse. Dans quelques rares cas, nous avons parfois associé des neuroleptiques à faibles doses dans un esprit de prudence.

L'extrait de Foie Lyophilisé Despécifié a été utilisé à la demande durant toute la durée de l'accès et poursuivi à doses décroissantes pendant quelques jours.

Notre posologie d'attaque souple a été proportionnée à l'intensité des symptomes.

Sur les 18 cas étudiés, nous avons obtenu 17 guérisons totales, un seul malade est décédé, mais il ne s'agissait que de manifestations frustes de delirium chez un sujet présentant un tableau de coma hépatique grave avec congestion pulmonaire.

Nous tenons à insister sur l'action rapide du Foie Lyophilisé Despécifié,en moyenne disparition des phénomènes aigus en 48 heures.

Nous n'avons jamais observé de rechutes cliniques durant l'hospitalisation contrairement à ce que nous avons observé avec les schémas thérapeutiques antérieurement utilisés (en particulier avec les associations Cortisone-Chlorpromazine ou Cortine-Réserpine).

En l'absence d'hypothèse valable sur l'action de l'hépatothérapie dans le delirium, nous pensons avoir le droit d'utiliser le terme d'action opothérapique.

BIBLIOGRAPHIE

-AGUIRRE P.- DIEUDONNEP.-TARDIEU P. - "La Semaine des Hôpitaux - n°6 , Juin 1958".

- ANNALES de la SOCIETE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE- Séance du 22 Juin 1953.

- ARON.E. -Traitement des cirrhoses alcooliques du foie - "Ouest Médical. ,n°8, 25 Avril 1953."

- ASCHKENASY A., PATIENTE P.,LACAZE A. - Comparaison des actions analeptiques et hématopoiétiques de la vitamine B.12, de la Méthionine et d'un extrait hépatique anti-pernicieux sur la réparation de l'inanition protéique. Mise en évidence de 2 fractions physiologiquement différents dans la molécule de la vitamine B.12- " Société Française d'Hématologie, 16 Novembre 1950".

- AUBERTIN E.- L'opothérapie hépatique dans les maladies du foie "Journal de Médecine de Bordeaux, Sept. 1951 n°9".

- AUBERTIN E.et coll. -Hépatothérapie intraveineuse - "Revue d'Hépatologie 1952 -n°3".

- AVOL M. et VOGEL P.J.- Traitement du D.T. par la Réserpine (Serpasil) J.A.M.A. 17 Décembre 1955-159 n°16 pages 1516 à 1520

- BARGUES R.-Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques aigus -"Rapport du 12° Congrès de Psychiatrie,Nancy 1937".

- BARUK H.- Traité de Psychiatrie - "Masson Paris 1959".

- BEAUGEARD G. & THUILLIER Y.- Extrait de F.L. Etudes préliminaires action expérimentale et clinique - "Gazette Médicale de France n°13- 10 Juillet 1958".

- BENKHOUCHA M.- Contribution à l'étude d'un traitement biologique de l'alcoolisme neuropsychique -Thèse Paris 1960.

- BENOISTON J.E.-,MOUZET C.,DORENLOT G., L'extrait de Foie Lyophilisé et la synergie foie lyophilisé-.S.C.T.Z. dans le traitement de l'alcoolisme neuro-psychique - "Annales Médico-Psychologiques n°5 -Mai 1960".

- BERNAY & HOUVER- Sur l'emploi dans les cirrhoses ascitiques d'un extrait de foie total par voie endo-veineuse- "Archives des Maladies de l'Appareil digestif - Octobre 1956".

.../

- BIERME R., DUCOS J., BOURDON P.- Etude d'un nouveau traitement de l'hyperbilirubiménie indirecte de la période néo-natale ,premiers résultats - " La Semaine des Hôpitaux n°7-12 Février 1960".

- BINSWANGER- Pathologie fonctionnelle du foie dans le D.T. Alcooliqu (Klinisch Wochens, 6 Août 1932, T.XI, n°32).

- BONNET J.L.- Comment surveiller et traiter une hépatite virale- " La vie Médicale n° [illegible] Déc. 1960".

- BOUDIN G. et LAURAS A.- Le D.T. " Flammarion 1960".

- BOULANGER P., BISERTE G., PLAQUET-SCHOONAERT ,Th. Composition en acides aminés libres et combinés d'extraitsde foie utilisésen thérapeutique - " Thérapie 1959, XIV".

- BOURGHOUD H.- Thérapeutique par le S.C.T.Z. en psychiatrie, Service du Docteur P.ROYER - Thèse Nancy 1958.

- BRETON J. , DEFER D., CISSE I.- Le traitement des psychoses alcooliques aigues (bilan de 466 accès) A.M.P. Avril 1958.

- CAMBIER J.-Le coma hépatique -"Presse Médicale-6 Oct.1954-n°65"

- COIRAULT R." La Semaine des Hôpitaux n°4 -Avril 1956".

- COIRAULT R.& LABORIT A. & coll.- Le D.T. "Masson Editeur-Paris 1960."

- CONSIGNY P.- Thèse de Doctorat en Médecine Toulouse -Février 196 " Hémorragies digestives des cirrhotiques - à propos de 130 cas de cirrhoses alcooliques".

- de COUESNONGLE G.J.- Traitement de l'alcoolisme Neuro-psychique par hépatothérapie I.V. - " Thèse Paris 1955-n°493.

- COUTEU P. Ch. -Thèse de Doctorat Vétérinaire Toulouse -Février 1961- Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique chez le chien Son traitement par les extraits de foie lyophilisé.

- DAGUENEL J.- Thèse de Doctorat en Médecine Rennes- Février 1961(152) - Etude de l'alcoolisme dans un service de médecine. Manifestations cliniques, traitements, résultats .

- DARNAUD Ch., DENARD Y., VOISIN R.,MOREAU G., CONSIGNY P. " Le Progrès Médical 24/6/61 pp 263-271- " Les Hémorragies digestives des cirrhotiques. Pronostic immédiat.

- DAUSSY H. & HERVO J.- Notes préliminaires sur un traitement rapidement efficace du D.T. (A.M.P.T. II,n°2 Juillet 1953).

...

- DELAY J.-DENIKER P., & FOURMENT J.- Déshydratation et délires aigus - "Presse Médicale -29 Mai 1954-n°39 pp.827-828".

- DELMAS-MARSALET P.- Les Etudes délires alcooliques aigus - "Revue du Praticien, t. 3, n°33-11 Décembre 1953."

- DELMAS- MARSALET, BLANC, ... Quelques résultats obtenus avec le succinate de 21 hydroxyprégnandione- Viadryl- dans le traitement du D.T. - " Revue Neurol. Mai 1956- 94- n°5".

- DEMOLE, Alcoolisme et D.T. Encéphale, 1914

- FAVENNEC - Thèse de Doctorat en Médecine Rennes 1961 - Etude comparée de l'action anti-inflammatoire et de la tolérance de la méthyl-prednisolone en pneumophtisiologie.

- FERRAND M., " La Revue du Praticien n°24- 21/9/1960 " Les Ictères graves par hépatite virale en Algérie.

- FIEHRER A.- "Concours Médical n°27-5/7/1958." L'Hépatothérapie moderne

- FOUQUET P., Le Facteur toxique dans le syndrome alcoolique -"Médecine et Laboratoire n°14- Avril 1952.

- FRUICTIER P., LECLERC C.H., LARIVIERE A.- Les Médicaments du foie " Monographies médicales et scientifiques -Thérapeutique I n°29- Mars 1953 ".

- GERARD A., BUTAYE P. - "Mouvements thérapeutiques n°2 Mars Avril 1959-pp.91-100 " -Emploi de l'extrait de foie lyophilisé despécifié dans le foie alcoolique.

- GLEY E.- P.- Physiologie J.B.-Baillère et Fils 1951.

- GUIRAUD P.- Psychiatrie Clinique- Le François 1956

- HAZARD J.- Etude clinique et biologique de l'ictère grave "Semaine des Hôpitaux n°17- 6 Mars 1954".

- HECAEN H., et DE AJURIAGUERRA J.- Les Encéphalopathies alcooliques subaigues et chroniques " Rev.Neurol. Mai 1956-94 -n°5-528/555".

- JACQUELIN A.- "Les nouvelles thérapeutiques n°9, 1960 pp.6/8 Le Foie des tuberculeux intérêt pronostique et thérapeutique.

- JASINSKY- recherches cliniques sur l'action d'un extrait total de foie -Stiv.med.Mschschr- Bâle ,Janv.1953-n°5

.../

- JEANJEAN Y.- "Les nouvelles thérapeutiques n°3-Mars 1961 pp.13/15 Le traitement de l'hépatite ictérigène virale .

- JOAKI, RONDEPIERRE - Délires aigu d'origine alcoolique (A.M.P.II 21 Juillet 1932).

- LABBY D.H. and coll. Intraveinous therapy of cirrhosis of the liver J.A.M.A. -19 April 1947 vol 133 n°16

- LECOQ R.- Acquisitions récentes sur le rôle des enzymes dans le métabolisme de l'alcool -P.M. n°78, 6 Déc. 1952.

- LEGER L. - Le mécanisme des troubles nerveux d'origine hépatique et portale- P.M. n°77- 20 Nov. 1954.

- LEGRAND, LINQUETTE, DESRUELLES, MARTIN & GERARD- Essai de traitement du foie cardiaque par des injections intra-veineuses d'extraits hépatiques " Echo médical du Nord, 1956".

- LHERMITTE - L'alcoolisme expérimental (Académie de médecine, Juin 1953 et Semaine des Hôpitaux, n°45, Juillet 1953.)

- LEMAIRE & LOEPER- Les Extraits hépatiques dans le traitement des maladies du foie. "Journées thérapeutiques de Paris 1950.

- LESAGE Y. -Participation à l'étude du traitement de l'éthylisme chronique par les extraits de foie I.V. à doses massives -(Thèse Paris Juillet 1954)

- MADRE J.C.- Le traitement du D.T. . in Annales Médico-psychologiques - Thèse Paris 1958- n°540.

- MAGNAN V.- De l'alcoolisme - Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement -Demahaye Edit. Paris-1874

- MAHE G., SCHNETZLER J.P.-BERGEGEAY et coll. "La Vie Médicale Août et septembre 1961-pp.1.075-I.081" - Essai de traitement biologique d'incident des cures neuroleptiques.

- MANS, AJZEMBERG-CORNIL, "Revue Médicale de l'Agenais n°6- pp.3-26 "Bilan thérapeutique d'un extrait de foie lyophilisé despécifié dans led troubles du métabolisme du cholestérol chez certains maladesmentaux ".

- MARCHAND L.- Maladies mentales de l'alcoolisme neuro-psychique " A. Legrand - Edit. Paris".

- MARCHAND L.- A propos des azotémies dites extra-rénale au cours des affections neuro-mentales aigues."Annales médico-psychologiques Juillet 1953."

.../

- MICHAUX L. & BUGE A. - Etude clinique des délires alcooliques aigus . " Rev.Neurol. Mai 1956-94-n°5

- MONNEROT E. & GUTTON R.- L'épargne nerveuse considérée comme élément thérapeutique du D.T."Annales Médico-Psychologique 117 A.- T.2 - n°4 Nov.1959

-

- CULES J.&.S.- Remarques à propos de 11 cas de D.T. A.M.P. Déc.1950

- PERGOLA F.,CACHIN M.,LEVILLAIN R.,SOUBAUD.F- D.T. et altérations hépatiques-"Société Médicale des Hôpitaux de Paris 4° Série-72° année n°3-4-27 Janvier 1956.

- PERON N.- "Gazette Médicale de France 11 Juin 1959"- Le Traitement des **cirrhoses alcooliques** graves par l'extrait de foie Lyophilisé.

- PERRIN - L'alcoolisme: Problèmes Médico-sociaux ,problèmes économiques - "Expansion scientifique Française -Paris 1950".

- PERRIN- Synthèses Cliniques n°17(supplément des Monographies Médicales et scientifiques de Juin 1961) L'alcoolisme - Cause et traitement de l'alcoolomanie -Essai de mesure du Fléau- L'alcoolique devant l'expert et devant le juge.

- PICHOT P.- Les Névroses - Horizons Médicaux -1960-1961 -n°75 à 77 et 79 à 81.

- POUMAILLOUX M. - " La semaine des hôpitaux n°4 20 Janvier 1961 pp.270/272 "- Action d'un extrait de foie despécifié et lyophilisé chez les athéromateux et dans le foie cardiaque.

- RALLY E.P. and coll. -The courses of cirrhosis of the liver un patients treated with large doses of liver extract intraveinously - "Médecind 1949- n°28".

- RAWLS W.B., ANCONA C.- The treat ment of cirrhosis of the liver with crude liver extract by the liver intraveinous route- The review of gastrienterology - 14 Oct. 1947.

- ROBERT J.M., "Cahiers médicaux lyonnais n°3 Mars 1961 pp. 173/178 -"Indications thérapeutiques dans les délires aigus des ethyliques.

- TARDIEU P., DIEUDONNE P., BRU M.,JAUBERTIE E., GATINEAU Y. - "La semaine des hôpitaux n°12 -12/3/1959 pp.955-958" Action d'un extrait de foie lyophilisé et despécifié plus particulièrement sur les protéines plasmatiques, la cholestérolémie, les tests de Gros et de Mac Lagan. Ene expérience de 14 mois.

- THUILLIER Y.- Principes actifs de la glande hépatique et leurs relations fonctionnelles- Intérêt général de l'hépatothérapie - "Praxis-46.A n°31-1 Août 1957/

- TOULOUSE, COURTOIS, RUSSEL- Modifications chimiques du sang au cours du D.T.A.M.P.- Ier Février 1931.

- WALTER H.-La pratique de l'exploration fonctionnelle du foie "Masson Paris 1953".

- ZIEVE L., HILLE E., alcool et foie- "Journal de Laboratoire et clinique médicale 1953".

Vu, le Doyen :
L. BINET

Vu, le Président de Thèse
J. DELAY

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE.-